



Manuel des avantages sociaux à la carte 2005

Introduction

Nortel s'engage à vous fournir une gamme complète de bénéfices que vous saurez apprécier. Le Régime d'avantages sociaux à la carte est une partie importante de l'ensemble des bénéfices qui contribuent à votre expérience à titre d'employé de Nortel.

Le Régime d'avantages sociaux à la carte vous permet d'adapter vos avantages à vos besoins personnels et à vos circonstances familiales. Le Régime reconnaît également que vos besoins, vos circonstances ainsi que vos priorités peuvent changer d'une année à l'autre, c'est pourquoi chaque année, vous avez la possibilité de vous réinscrire et d'apporter des changements à vos choix.

L'objectif continu du Régime d'avantages sociaux à la carte est d'offrir des choix significatifs à des coûts raisonnables qui reflètent le niveau de protection prévu et le degré d'utilisation de nos régimes par les employés et les *personnes à charge* admissibles. Notre stratégie de partage des coûts et notre processus d'inscription annuelle permettent à la Société de continuer à fournir une large variété d'avantages à un coût viable.

Le présent manuel a été conçu pour vous aider à comprendre le fonctionnement du Régime d'avantages sociaux à la carte. Il renferme des renseignements sur les fonctions clés du programme, ainsi que des détails sur le processus d'inscription annuelle, sur les questions fiscales et sur les procédures de demandes de règlement.

Les mêmes renseignements sont également disponibles en format convivial sur le site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires concernant le Régime d'avantages sociaux à la carte ou le processus d'inscription, consultez les autres documents connexes sur le site Web du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 ou appelez les Services au personnel à l'échelle mondiale au RCE (352-4636), ou sans frais, au 1 800 676-4636. Vous pouvez aussi communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale par courriel externe à l'adresse gesna@nortelnetworks.com ou par courriel interne à GES, Amérique du Nord.

Le saviez-vous? La plupart des avantages sociaux à la carte de Nortel, dont l'incapacité de courte et de longue durée, l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, sont autogérés. Ainsi, Nortel joue un rôle semblable à celui d'une société d'assurance pour ses employés. En d'autres termes, la Société accepte les risques et verse les demandes de règlement à même son revenu net ou ses bénéfices non répartis. La compagnie d'assurance ne fournit que les services administratifs tels que le traitement des demandes de règlement.

Le présent manuel résume les principales dispositions du Régime d'avantages sociaux à la carte de la Société Nortel entrant en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2005. Si l'information fournie dans le présent manuel diffère de celle qui est contenue dans les documents officiels des régimes de Nortel dont il est ici question, les documents officiels prévaudront et régiront l'administration des régimes dans tous les cas. Tel qu'il est stipulé dans les documents officiels des régimes et des programmes, Nortel se réserve le droit de modifier ou de supprimer les régimes et les programmes décrits dans le présent manuel en tout temps, sans préavis et sans obtenir le consentement préalable des employés.

Table des matières

Faits saillants du régime

Fonctionnement du régime

Admissibilité & couverture

- Employés
- Personnes à charge
- Si plus d'un membre de la famille est au service de Nortel
- Entrée en vigueur de la couverture

Prestations relatives à l'assurance-incapacité de courte durée

- Couverture de base de l'assurance-incapacité de courte durée
- Assurance-incapacité de courte durée facultative
- Coût de l'assurance-incapacité de courte durée facultative
- Qu'entend-on par incapacité?
- Prestations de l'assurance-incapacité de courte durée
- Autres sources de revenu
- Réadaptation / travail modifié
- Restrictions et exclusions

Prestations relatives à l'assurance-incapacité de longue durée

- Couverture de base de l'assurance-incapacité de longue durée
- Assurance-incapacité de longue durée facultative
- Coût de l'assurance-incapacité de longue durée facultative
- Qu'entend-on par incapacité?
- Prestations de l'assurance-incapacité de longue durée
- Autres sources de revenu
- Réadaptation / travail modifié
- Restrictions et exclusions

Assurance-décès et mutilation accidentels facultative

- Assurance-décès et mutilation accidentels de l'employé
- Assurance-décès et mutilation accidentels de personnes à charge
- Coût de l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative
- Restrictions et exclusions

Assurance médicale

- Options médicales du Régime d'avantages sociaux
- Coût des options d'assurance médicale
- Médicaments sur ordonnance
- Hôpital – Chambre semi-privée
- Services ambulanciers
- Services professionnels
- Services de psychologues
- Services de physiothérapeutes
- Assurance médicale – Soins infirmiers privés
- Fournitures et matériel
- Chirurgie dentaire par suite d'un accident
- Soins d'urgence à l'extérieur de la province (au Canada)
- Restrictions et exclusions

Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe

- Options d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe
- Coût des options d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe
- Soins dentaires
- Règlement des soins dentaires
- Soins de la vue
- Soins de l'ouïe

Compte de remboursement des soins de santé

- Règlements spéciaux
- Frais admissibles
- Considérations fiscales

Assurance-vie

- Assurance-vie de base
- Assurance-vie facultative de l'employé
- Assurance-vie facultative des personnes à charge
- Coûts de l'assurance-vie facultative
- Preuve d'assurabilité
- Désignation du bénéficiaire
- Option de conversion
- Restrictions et exclusions

Programme d'aide aux employés

Qu'arrive-t-il si :

- un événement admissible survient?
- votre salaire change?
- vous êtes frappé d'incapacité?
- vous prenez un congé?
- vous quittez Nortel?
- vous prenez votre retraite?
- vous décédez?

Demandes de règlement

- Accès en ligne
- Présentation de demandes de règlement
- Fonctionnement de l'autorisation préalable
- Compte de remboursement des soins de santé
- Coordination des prestations
- Demandes de règlement liées à l'assurance-incapacité de courte durée
- Demandes de règlement liées à l'assurance-incapacité de longue durée
- Demandes de règlement liées à l'assurance-vie
- Processus d'examen des demandes de règlement et de l'admissibilité

Considérations fiscales

- Règles fiscales
- Résidents du Québec

Inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte

Inscription des nouveaux employés
Inscription annuelle
Étapes de l'inscription en ligne 2005
Formulaires requis

Ressources supplémentaires

Autres avantages
Glossaire
Répertoire des ressources

Nota : Les termes en *italiques* sont définis dans le glossaire à la fin du présent manuel.

Faits saillants du régime

Fonctionnement du régime

- **Nortel fournit d'office à tous les employés admissibles une couverture de base. La couverture de base comprend :**
 - l'assurance-vie de l'employé, dont le montant correspond à votre *salaire* annuel (dans le présent manuel, ce terme correspond généralement au salaire de base);
 - l'assurance-incapacité de courte durée, qui vous donne droit, pendant les 13 premières semaines, à un montant correspondant au salaire que vous touchiez avant votre incapacité et, pendant les 13 semaines suivantes, à un montant correspondant à 70 % de ce salaire;
 - l'assurance-incapacité de longue durée, dans le cadre de laquelle un montant correspondant à 50 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité vous est versé après 26 semaines consécutives d'incapacité de courte durée;
 - le programme d'aide aux employés (PAE/Services de travail-famille), qui comprend des services confidentiels de conseil offerts par un conseiller du PAE.

Vous ne pouvez pas renoncer à la couverture de base.

- **La Société vous fournit également un certain nombre de *crédits*, que vous pouvez utiliser pour vous procurer des protections complémentaires.** À l'heure actuelle, chaque employé canadien admissible reçoit des crédits équivalant à 0,39 % de son salaire ainsi que tout crédit supplémentaire obtenu en raison de certains choix d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Ces crédits peuvent être utilisés pour souscrire n'importe laquelle des couvertures facultatives suivantes :
 - Assurance-incapacité de courte durée facultative, grâce à laquelle vous obtenez, de la 14^e à la 26^e semaine d'incapacité, 90 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité.
 - Assurance-incapacité de longue durée facultative, grâce à laquelle vous obtenez, après la 26^e semaine d'incapacité, 70 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité de courte durée.
 - Assurance-décès et mutilation accidentels facultative pour vous seulement ou pour vous et votre famille.
 - l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe facultatives (ci-après);

Si vous avez utilisé tous vos crédits, vous pouvez régler le montant correspondant au niveau de couverture choisi au moyen de *dollars après impôt* retenus sur votre paie.

- **Vous pouvez choisir entre différentes options d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe payées par la Société.** Vous pouvez choisir cette assurance :
 - pour vous seulement;
 - pour vous, vos enfants et les enfants de votre conjoint;
 - pour vous et votre conjoint;
 - pour vous et votre famille (votre *conjoint*, vos *enfants* et les enfants de votre conjoint).

Vous avez également la possibilité de renoncer à l'assurance médicale, si vous (ainsi que les personnes à votre charge, au Québec) êtes couvert par un autre régime. Vous pouvez aussi choisir de ne pas souscrire l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, si vous estimez ne pas avoir besoin de ce genre de protection. Comme l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe forme un tout, vous devez obligatoirement souscrire les trois protections ou y renoncer en bloc.

En raison de la structure du régime, vous devrez peut-être assumer une partie des coûts de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Le montant qu'il vous incombera de payer dépendra de l'*option* ainsi que du *niveau de protection des personnes à charge* choisis.

Lorsque l'outil d'inscription (ou la feuille de calcul personnalisée) affiche des chiffres négatifs (caractérisés par un signe négatif), ceux-ci représentent les *crédits* supplémentaires auxquels vous auriez droit si vous sélectionniez l'option en question. Autrement, les chiffres de cette option indiquent un coût et vous pouvez acheter la couverture en utilisant des crédits fournis par la Société ou des retenues sur la paie après impôt (s'il vous manque des crédits).

À mesure que vous faites vos choix dans l'outil d'inscription, la barre noire dans la partie supérieure de l'écran affichera les modifications à vos crédits et aux coûts pour la couverture de la Section A (assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée facultatives, assurance-décès et mutilation accidentels facultative, assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe) et pour la couverture de la Section B (assurance-vie facultative de l'employé et des personnes à charge). N'oubliez pas que vous ne pouvez pas utiliser de crédits pour acheter la couverture de la Section B.

- **Au lieu de toucher vos crédits en rémunération imposable (la somme que vous recevez alors est assujettie à l'impôt fédéral et provincial), vous pouvez les verser dans le compte de remboursement des soins de santé (CRSS).** Vous pouvez ensuite utiliser ces *dollars avant impôt* (sauf au Québec) pour régler certains frais admissibles qui ne sont pas couverts par votre *régime d'assurance-maladie provincial* ou le régime de Nortel tels que les *franchises* du régime, les médicaments en vente libre ou les services de professionnels pour lesquels les coûts sont supérieurs aux maximums prévus par le régime. Tout crédit restant dans le compte à la fin de l'année ne sera pas remboursé, vous devez donc prévoir à l'avance le montant de ces dépenses.
- **Vous pouvez également vous procurer les protections suivantes au moyen de dollars après impôt retenus sur votre paie :**
 - assurance-vie complémentaire pour vous;
 - assurance-vie des personnes à charge pour *votre conjoint* et vos *enfants*.

Admissibilité & couverture

Employés

Les employés actuels de Nortel Limited et Nortel Technology Corporation qui ne sont pas couverts en vertu des dispositions d'une convention collective ainsi que les employés du Québec de Nortel couverts aux termes de la convention collective du Syndicat canadien des employés de bureau peuvent s'inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte, pourvu qu'ils :

- soient couverts par un *régime d'assurance-maladie provincial* ou un régime équivalent;
- soient employés permanents à temps plein ou à temps partiel;
- soient affectés à un horaire de travail de 18 heures ou plus par semaine;
- ne possèdent pas un contrat à durée déterminée.

Personnes à charge

Si vous remplissez les conditions requises pour vous inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte, les personnes à votre charge peuvent également être admissibles. Les personnes à charge admissibles comprennent :

- **Votre conjoint** – personne avec laquelle vous êtes marié ou engagé dans une union civile (résidents du Québec seulement) ou personne célibataire, de sexe opposé ou de même sexe à laquelle tous les critères suivants s'appliquent :
 - n'a pas avec vous des liens de parenté qui interdiraient un mariage;
 - est âgée de 18 ans ou plus;
 - partage la responsabilité de votre subsistance et de votre bien-être;
 - vit maritalement avec vous depuis au moins 12 mois consécutifs;
 - est couverte par un régime d'assurance-maladie provincial ou un régime équivalent.
- **Vos enfants** – personnes auxquelles l'un des critères suivants s'applique :
 - vos enfants biologiques;
 - des enfants adoptés légalement ou placés auprès de vous en vue d'une adoption;
 - les enfants de votre conjoint légal;
 - des enfants accueillis légalement;
 - des enfants dont vous êtes le tuteur légal.

Les enfants doivent être célibataires, dépendre financièrement de vous, être couverts par le régime d'assurance-maladie provincial ou un régime équivalent et être :

- âgés de moins de 21 ans;
- âgés de moins de 25 ans* s'ils sont inscrits à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université);
- handicapés physiquement ou mentalement, quel que soit leur âge (dans la mesure où ils sont devenus invalides avant l'âge de 21 ans, ou de 25 ans* s'ils étaient étudiants à plein temps à ce moment-là).

Vous devez fournir une preuve de l'incapacité de l'enfant à votre charge dans les 31 jours suivant son 21^e anniversaire de naissance ou, s'il s'agit d'un étudiant à plein temps, son 25^e anniversaire de naissance*.

* En vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec, les enfants à charge admissibles des employés qui demeurent au Québec peuvent obtenir, jusqu'à l'âge de 26 ans, le remboursement des médicaments sur ordonnance figurant sur le formulaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) s'ils sont inscrits dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université).

Si plusieurs membres d'une même famille sont au service de Nortel

Votre *conjoint* et vous recevrez chacun tous les *crédits* auxquels vous avez droit et pourrez faire des choix distincts au titre de la couverture facultative du Régime d'avantages sociaux à la carte.

Dans le cas de l'assurance-vie et de l'assurance-décès et mutilation accidentels, vous pouvez vous inscrire à titre d'employé ou de *personne à charge*, mais pas les deux en même temps. De plus, un seul d'entre vous peut inscrire vos enfants admissibles à titre de personnes à charge.

Dans le cas de l'assurance médicale, de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, vous pouvez choisir l'option de situation familiale «pour vous et votre famille» au titre de l'assurance médicale et renoncer à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Votre conjoint peut, pour sa part, utiliser ses propres crédits pour souscrire l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Ou encore, l'un de vous peut choisir l'option de situation familiale «pour vous et votre famille» au titre de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, tandis que l'autre peut recevoir ses crédits inutilisés en rémunération imposable ou les verser dans le *compte de remboursement des soins de santé* et s'en servir pour obtenir le remboursement de frais non admissibles dans le cadre du régime. N'oubliez pas que si vous désirez vous prévaloir de la clause de coordination des prestations, vous devez tous les deux choisir l'option de situation familiale «pour vous et votre conjoint» ou «pour vous et votre famille».

Si l'un de vos *enfants* est au service de Nortel et est admissible au Régime d'avantages sociaux à la carte, il doit s'y inscrire à titre d'employé. Il ne peut être considéré comme personne à votre charge.

Entrée en vigueur de la couverture

Si vous êtes un nouvel employé admissible, la couverture de base entre en vigueur à la date de votre embauche. La couverture facultative entre également en vigueur à la date de votre embauche, à condition que vous vous inscriviez dans les 31 jours suivant cette date. Peu importe le moment de votre inscription, toute couverture d'assurance-vie ou d'assurance-incapacité de longue durée facultative pour laquelle vous devez fournir une *preuve d'assurabilité* entrera en vigueur à la date d'approbation précisée par la Financière Sun Life. Pour obtenir de plus amples renseignements, reportez-vous à «Inscription des nouveaux employés» à la page 79.

Toute modification apportée à vos choix actuels en matière d'avantages sociaux à la carte pendant la période d'inscription annuelle entrera en vigueur entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année suivante, sous réserve d'admissibilité et du droit de la Société de modifier les régimes ou d'y mettre fin. Vous ne pouvez pas modifier votre assurance pendant l'année, sauf si un *événement admissible* se produit.

La date d'entrée en vigueur des changements apportés pendant la période d'inscription annuelle pourrait également être modifiée par les points suivants :

- L'assurance-vie et l'assurance-incapacité de longue durée nécessitant une *preuve d'admissibilité* entreront en vigueur à la date d'approbation de la protection par la Financière Sun Life.
- Si, au 1^{er} janvier 2005, vous receviez une indemnité d'incapacité de courte durée, peu importe vos choix annuels, votre protection d'incapacité de courte durée et de longue durée, votre assurance-vie facultative et votre assurance-décès et mutilation accidentels demeureront en vigueur jusqu'à votre retour au travail pendant 60 jours consécutifs.

Si vous avez des questions relativement à votre protection, communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale, au RCE (352-4636), ou sans frais, au 1 800 676-4636.

Prestations relatives à l'assurance-incapacité de courte durée

Les indemnités de l'assurance-incapacité de courte durée remplacent une partie de votre revenu si vous êtes frappé d'une incapacité totale pour cinq jours consécutifs (ou l'équivalent de votre semaine de travail standard) en raison d'une maladie ou d'une blessure approuvée pour laquelle vous avez présenté les documents médicaux à l'appui. Les prestations d'assurance-incapacité de courte durée sont payables pour une absence maximale de 26 semaines et sont gérées par Medcan Health Management Inc., au nom de Nortel.

Après 26 semaines consécutives, vous pourriez être admissible aux prestations de l'assurance-incapacité de longue durée; reportez-vous à la page 15.

Couverture de base de l'assurance-incapacité de courte durée

Nortel vous offre gratuitement une couverture de base de l'assurance-incapacité de courte durée :

- 100 % du *salaires* que vous receviez avant votre incapacité pendant 13 semaines à compter de votre premier jour d'absence (y compris les cinq jours consécutifs d'absence) puis 70 % de votre salaire annuel (avant votre incapacité) pour 13 semaines supplémentaires.

Assurance-incapacité de courte durée facultative

Si vous désirez étendre votre couverture d'assurance-incapacité de courte durée, vous pouvez opter pour l'assurance facultative, dans le cadre de laquelle vous recevez :

- 100 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité pendant 13 semaines à compter de votre premier jour d'absence (y compris les cinq jours consécutifs d'absence) puis 90 % de votre salaire annuel (avant votre incapacité) pour 13 semaines supplémentaires.

Si vous commencez un congé de maternité, consultez le document portant sur le processus relatif aux congés parentaux ou de maternité sur le site Web du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 afin d'obtenir de plus amples renseignements à ce sujet. Ce document se trouve dans la section **Autres renseignements – Documents relatifs aux avantages sociaux**.

Coût de l'assurance-incapacité de courte durée facultative

En 2005, le coût de l'assurance-incapacité de courte durée facultative sera maintenu à 0,05 % de votre salaire.

Qu'entend-on par incapacité?

Aux fins de l'assurance-incapacité de courte durée, l'incapacité complète survient lorsqu'un médecin émet des documents cliniques objectifs (c'est-à-dire épreuves de laboratoire, radiographies, rapports médicaux) qui démontrent que vous n'êtes pas en mesure d'exécuter les fonctions essentielles de votre emploi. Cela signifie que :

- vous souffrez d'un handicap du point de vue médical en raison d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'exécuter, dans tout environnement, les fonctions essentielles de votre emploi que vous pouviez exécuter juste avant que l'incapacité complète survienne;
- vous n'êtes pas en mesure d'exécuter ces fonctions avec ou sans moyen d'adaptation raisonnable aux restrictions découlant de votre incapacité.

La disponibilité du travail qui vous est attribué n'a aucune incidence sur la détermination de «l'incapacité complète». Vous devez recevoir régulièrement les soins d'un médecin pendant toute la période d'incapacité de courte durée.

Vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes soigné par un médecin, si ce dernier vous prodigue des soins actifs, continus et opportuns d'un point de vue médical et si vous vous soumettez au traitement qu'il vous prescrit.

Si vous souffrez de toxicomanie (attribuable à l'usage de drogues ou à la consommation abusive d'alcool), vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes suivi de façon active et si vous vous soumettez à un traitement continu dans un centre de désintoxication ou tout autre établissement désigné pour ce genre de traitement.

Aucune indemnité n'est versée pour la perte de revenus en raison d'une chirurgie plastique ou expérimentale optionnelle, à moins que la chirurgie vise le traitement d'une blessure accidentelle ou est jugée médicalement nécessaire, tel que déterminé par le régime d'assurance-maladie provincial dans la province où habite le membre.

Des renseignements détaillés sur le processus de Nortel lié à l'incapacité de courte durée, notamment la philosophie de la Société sur l'incapacité, la façon de demander les prestations de l'assurance-incapacité de courte durée, le retour au travail et les responsabilités des cadres et des employés, se trouvent sous la rubrique **Autres renseignements – Documents relatifs aux avantages sociaux** sur le site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005.

↳ **Les blessures et les maladies découlant d'un accident du travail pourraient être indemnisées en vertu des lois applicables en matière d'indemnisation des accidentés du travail.**

Rechute

Que vous souscriviez la couverture de base ou la couverture facultative, toutes les périodes successives d'absence en raison d'une même incapacité sont considérées comme une seule et même période d'incapacité aux fins de l'assurance-incapacité de courte durée. Cependant, si, entre chacune de ces absences, vous êtes au travail pendant 14 jours civils consécutifs, vous pouvez de nouveau toucher des prestations pendant la pleine période d'indemnisation. Cette disposition ne s'applique pas si vous êtes frappé d'une nouvelle incapacité qui n'est pas attribuable à la même maladie ou à la même blessure.

Toutes les périodes successives d'absence en raison d'une incapacité due à une même cause ou à une cause connexe sont considérées comme une seule et même période d'incapacité si elles surviennent dans les 14 jours suivant votre retour au travail (période de rechute). Vous devrez soumettre une attestation médicale confirmant votre incapacité.

Si vous êtes frappé d'une incapacité attribuable à une cause différente ou si cette incapacité se produit plus de 14 jours consécutifs après votre retour au travail, quelle que soit la cause de votre incapacité, vous devrez présenter une nouvelle demande de prestations d'assurance-incapacité de courte durée.

Prestations de l'assurance-incapacité de courte durée

Dès qu'on vous juge admissible et que votre incapacité de courte durée est admissible, les prestations commencent au premier jour d'absence, y compris les cinq jours consécutifs d'absence, en raison d'une maladie ou d'une blessure.

Vous recevrez 100 % de votre *salaire* annuel (avant votre incapacité) pendant 13 semaines, puis 70 % (ou 90 % pour l'assurance-incapacité de courte durée) de votre salaire annuel (avant votre incapacité) pour les 13 dernières semaines admissibles. Pour obtenir de plus amples renseignements, reportez-vous à la rubrique intitulée «Si votre salaire est rajusté» à la page 62.

Vous ne recevez pas ou cessez de recevoir des prestations dans les cas suivants :

- vous n'êtes plus frappé d'une incapacité totale;
- vous ne fournissez pas d'attestation médicale de votre incapacité lorsque Medcan vous en fait la demande;
- vous négligez de vous soumettre aux examens médicaux indépendants ou à l'évaluation des capacités fonctionnelles demandés par Medcan;
- vous négligez de participer à un programme de réadaptation autorisé par Medcan;
- vous exercez une activité habituellement rémunérée ou lucrative;
- vous avez reçu des prestations d'assurance-incapacité de courte durée (couverture de base ou couverture facultative) pendant 26 semaines;
- vous prenez votre retraite ou un congé spécial avant votre retraite, selon le premier événement;
- vous atteignez l'âge de 65 ans à la fin du mois actuel;
- vous décédez.

Autres sources de revenu

Le montant des prestations d'incapacité de courte durée tient compte des prestations d'incapacité versées par les régimes d'État ou d'autres sources. En effet, l'ensemble des prestations que vous recevez au cours des 13 premières semaines d'incapacité ne doit pas dépasser le *salaire* que vous touchiez avant votre incapacité et, pendant les 13 semaines suivantes, représenter plus de 70 % (couverture de base) ou de 90 % (couverture facultative) de ce salaire. Le calcul de vos prestations ne tient cependant pas compte des prestations versées aux enfants à votre charge, de l'augmentation des prestations des régimes d'État après que vous avez commencé à recevoir des prestations ou des prestations versées par une police d'assurance-incapacité individuelle.

Droit de subrogation

La subrogation est une pratique légale qui accorde à Nortel le droit de revendiquer les prestations qui vous ont été versées dans le cas où vous auriez été indemnisé par une autre personne responsable de votre perte. La subrogation vise à limiter vos paiements de prestation à un montant égal à celui que vous avez perdu.

Advenant qu'une personne est responsable de votre incapacité et qu'elle a l'obligation de vous dédommager de toute perte subie en raison de votre incapacité, et que Nortel vous dédommage également ou vous a dédommagé de votre perte de revenu, votre revenu pourrait être plus élevé qu'il était avant votre incapacité. Dans un tel cas, vous devrez rembourser Nortel les prestations qu'elle vous a versées. Si vous recevez un montant pour la perte de revenus futurs, Nortel réduira vos prestations relatives à la perte de revenus futurs.

La subrogation s'applique également à tous les frais médicaux ou dentaires que vous avez acquittés à la suite d'une blessure causée par une autre personne. Lorsque la personne responsable de votre perte vous a dédommagé, vous devez rembourser Nortel.

Si la subrogation s'applique à votre demande de règlement, vous devrez signer un engagement visant à rembourser Nortel de toute somme versée qui est supérieure à 100 % du revenu ou des dépenses. Avant de consentir au règlement de votre demande, vous devez en obtenir l'approbation.

Réadaptation / travail modifié

L'un des principaux objectifs de tout régime d'assurance-incapacité consiste à vous aider à vous remettre sur pied le plus rapidement possible. Votre régime d'assurance-incapacité de courte durée vise également cet objectif, car il a été démontré à maintes reprises que les programmes de réadaptation ou de travail modifié accélèrent la convalescence.

Le revenu touché dans le cadre d'un programme de réadaptation n'a aucune incidence sur le montant de vos prestations d'assurance-incapacité de courte durée. Cependant, le total des prestations d'assurance-incapacité de courte durée et du revenu touché dans le cadre d'un programme de réadaptation ne peut représenter plus de 100 % du salaire que vous touchiez avant votre incapacité.

Le terme «réadaptation» s'applique à tout programme ayant pour but de vous aider à reprendre une activité rémunérée vous permettant de toucher un revenu équivalent ou supérieur aux prestations que vous touchiez au début de votre incapacité. Votre programme de réadaptation doit être revu par votre médecin traitant et approuvé par Medcan. Les programmes de réadaptation peuvent comprendre une évaluation, du counseling, un traitement médical ou psychologique ou un programme de recyclage professionnel ou éducatif.

L'expression «travail modifié» se rapporte à tout changement ou à toute modification des exigences de votre poste. Une modification peut se traduire par la réduction des heures de travail ou du volume des tâches. La Société détermine l'accessibilité à un tel programme. Vous devez également obtenir l'autorisation de Medcan pour participer à un programme de tâches modifiées.

Restrictions et exclusions

Aucune prestation d'assurance-incapacité de courte durée n'est versée dans les cas suivants :

- l'automutilation, que vous soyez sain d'esprit ou non;
- un délit criminel ou une tentative de délit criminel;
- une insurrection, une grève, une émeute, des désordres civils ou une guerre auxquels vous participez;
- le service militaire dans les forces armées d'un pays.

Vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes soigné par un médecin, si ce dernier vous prodigue des soins actifs, continus et opportuns d'un point de vue médical et si vous vous soumettez au traitement qu'il vous prescrit.

Si vous souffrez de toxicomanie (attribuable à l'usage de drogues ou à la consommation abusive d'alcool), vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes suivi de façon active et si vous vous soumettez à un traitement continu dans un centre de désintoxication ou tout autre établissement désigné pour ce genre de traitement.

Prestations relatives à l'assurance-incapacité de longue durée

Si vous êtes toujours frappé d'une incapacité (selon la définition applicable à l'incapacité de longue durée) après 26 semaines consécutives, vous commencez à toucher des prestations d'assurance-incapacité de longue durée. Les prestations d'incapacité de longue durée sont autogérées, ce qui signifie que la Société règle, à même son revenu net ou ses bénéfices non répartis, les demandes relatives à l'incapacité de longue durée. La Financière Sun Life Ltd. est l'*administrateur du régime*.

Couverture de base de l'assurance-incapacité de longue durée

Nortel vous offre une assurance-incapacité de longue durée de base – sans frais – pour une somme égale à 50 % de votre *salaire* en vigueur avant votre incapacité.

Assurance-incapacité de longue durée facultative

Si vous désirez un niveau supérieur de couverture d'assurance-incapacité de longue durée, vous pouvez acheter des avantages facultatifs pour une somme égale à 70 % de votre salaire annuel en vigueur avant votre incapacité. Veuillez noter que les prestations reçues de certaines autres sources seront déduites de celles qui sont versées dans le cadre du régime.

Si vous êtes actuellement inscrit à la couverture d'assurance-incapacité de longue durée de base et que vous désirez passer à la couverture d'assurance-incapacité de longue durée facultative pendant la *période d'inscription annuelle*, vous devez fournir une *preuve d'assurabilité*. Votre couverture facultative en cas d'assurance-incapacité de longue durée n'entrera pas en vigueur avant la date d'approbation de votre demande par la Financière Sun Life.

Si vous êtes actuellement inscrit au régime facultatif de l'assurance-incapacité de longue durée, vous n'aurez pas à présenter une preuve d'assurabilité si vous désirez continuer de bénéficier de la couverture facultative de l'assurance-incapacité de longue durée.

Coût de l'assurance-incapacité de longue durée facultative

En 2005, le coût de l'assurance-incapacité de longue durée facultative sera maintenu à 0,45 % de votre salaire.

Qu'entend-on par incapacité?

Aux fins de l'assurance-incapacité de longue durée, l'incapacité complète survient lorsqu'un médecin émet, au cours des 12 premiers mois de l'incapacité, des documents cliniques objectifs (c'est-à-dire épreuves de laboratoire, radiographies, rapports médicaux) qui démontrent que vous n'êtes pas en mesure d'exécuter les fonctions essentielles de votre emploi. En d'autres termes, pendant le délai de carence (période pendant laquelle les prestations d'assurance-incapacité de courte durée sont versées) et les 12 mois suivants :

- vous souffrez d'un handicap du point de vue médical en raison d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'exécuter, dans tout environnement, les fonctions essentielles de votre emploi que vous pouviez exécuter juste avant que l'incapacité complète survienne;
- vous n'êtes pas en mesure d'exécuter ces fonctions avec ou sans moyen d'adaptation raisonnable aux restrictions découlant de votre incapacité.

La disponibilité du travail qui vous est attribué n'a aucune incidence sur la détermination de l'«incapacité complète». Vous devez recevoir régulièrement les soins d'un médecin pendant toute la période d'assurance-incapacité de longue durée.

À la suite de la période de 12 mois, l'incapacité totale signifie qu'en raison de cette maladie ou de cette blessure, vous êtes incapable d'exécuter, dans quelque milieu que ce soit, les principales tâches de tout emploi (et non seulement du vôtre) pour lequel vous possédez au moins les compétences minimales (ou pourriez les acquérir) par vos études, votre formation ou votre expérience et qui offre un salaire égal ou supérieur à 70 % de celui que vous touchiez avant d'être frappé d'incapacité, sans réduction relative à d'autres sources de revenus.

La maladie ou la blessure doit être appuyée par un certificat médical objectif. La disponibilité du travail n'a aucune incidence sur la détermination.

Rechute

Toutes les périodes successives d'absence en raison d'une incapacité due à une même cause ou à une cause connexe sont considérées comme une seule et même période d'incapacité si elles surviennent dans les 60 jours suivant votre retour au travail. Vous devrez soumettre une attestation médicale confirmant votre incapacité.

Si vous êtes frappé d'une incapacité attribuable à une cause différente ou si cette incapacité se produit plus de 60 jours consécutifs après votre retour au travail, quelle que soit la cause de votre incapacité, vous devrez faire une nouvelle demande de prestations d'assurance-incapacité de courte durée.

Prestations de l'assurance-incapacité de longue durée

Vous commencez à recevoir des prestations d'assurance-incapacité de longue durée à partir du premier jour suivant la fin du délai de carence (les 26 semaines au cours desquelles vous receviez des prestations d'assurance-incapacité de longue durée), dans la mesure où vous êtes frappé d'une incapacité totale et présentez une demande d'indemnisation dans les trois mois suivant la fin du délai de carence. Vos prestations mensuelles sont calculées en multipliant le taux d'indemnisation (50 % de votre salaire pour la couverture d'assurance-incapacité de longue durée de base ou 70 % pour la couverture d'assurance-incapacité de longue durée facultative) par le *salaire* annuel que vous touchiez avant votre incapacité.

Exemple : Si votre *salaires* mensuel s'élève à 5 000 \$ et que vous aviez souscrit l'assurance-incapacité de longue durée de base, vos prestations mensuelles s'élèveront à 2 500 \$ (50 % de 5 000 \$). Si vous aviez souscrit la couverture facultative, vos prestations s'élèveront à 3 500 \$ (70 % de 5 000 \$).

Le rajustement du montant des prestations en fonction de l'augmentation du coût de la vie est une caractéristique importante de la couverture facultative de l'assurance-incapacité de longue durée. Si vous touchez des prestations d'assurance-incapacité de longue durée pendant deux ans, le montant que vous recevrez augmentera, en janvier de chaque année subséquente, d'un taux équivalant à 60 % de l'indice des prix à la consommation ou de 6 %, selon le montant le moins élevé. Cette disposition ne s'applique pas si vous n'avez souscrit que la couverture de base de l'assurance-incapacité de longue durée.

Vous ne recevez pas ou cessez de recevoir des prestations dans les cas suivants :

- vous n'êtes plus frappé d'une incapacité totale;
- vous négligez de signer les formulaires adéquats ou ne fournissez pas d'attestation médicale de la continuation de votre incapacité lorsque la Financière Sun Life vous en fait la demande;
- vous négligez de vous soumettre aux examens médicaux indépendants ou à l'évaluation des capacités fonctionnelles demandés par la Financière Sun Life;
- vous négligez de participer à un programme de réadaptation autorisé par la Financière Sun Life;
- vous exercez une activité habituellement rémunérée ou lucrative, dont les sommes vous reviennent ou sont versées à un membre de votre famille ou à une de vos connaissances, ou vous participez à un programme de formation autre qu'un programme de réadaptation approuvé par le médecin traitant et la Financière Sun Life;
- vous partez à l'extérieur du Canada pour une période de plus de quatre mois, peu importe le motif, sauf si la Financière Sun Life autorise préalablement par écrit le versement des prestations pendant cette période;
- vous prenez votre retraite ou un congé spécial avant votre retraite, selon le premier événement;
- vous atteignez l'âge de 65 ans à la fin du mois actuel;
- vous décédez.

Un délai est établi pour porter en appel la décision rendue par la Financière Sun Life relativement au rejet ou à la suspension de l'indemnisation. La décision doit être portée en appel dans un délai de trois mois suivant la date de la décision et un nouveau certificat médical objectif doit être déposé à ce moment.

Autres sources de revenu

Les prestations que vous recevez des sources suivantes sont déduites de vos prestations mensuelles de l'assurance-incapacité de longue durée de base ou facultative :

- Régime de rentes du Québec ou Régime de pensions du Canada, exception faite des prestations destinées aux enfants à votre charge;
- organisme d'indemnisation des accidentés du travail (au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail);
- autres sources.

Par ailleurs, même si les prestations des régimes d'État augmentaient après le début du versement des prestations d'assurance-incapacité de longue durée, leur montant demeurerait le même en vertu de la couverture de base ou facultative.

Le montant des prestations d'assurance-incapacité de longue durée que vous recevez dans le cadre de la couverture de base et de la couverture facultative tient compte des prestations d'incapacité versées par les régimes d'État et d'autres prestations d'incapacité. En effet, l'ensemble des prestations que vous recevez ne doit pas dépasser 50 % du *salaires* annuel que vous touchiez avant votre incapacité (couverture de base) ou 70 % de ce salaire (couverture facultative). Votre revenu demeurera le même; il proviendra simplement de plusieurs sources.

Les prestations d'incapacité provenant d'autres sources signifient le revenu auquel vous avez droit (ou auquel vous seriez admissible si vous en faisiez la demande) en raison de votre incapacité. Celles-ci comprennent, entre autres :

- les prestations provenant d'un autre régime collectif d'assurance (y compris les assurances souscrites à titre de membre d'une association);
- les prestations provenant d'une police d'assurance automobile conforme à la loi;
- les prestations provenant d'un régime d'État, à l'exception des prestations reçues pour les enfants à charge.

D'autres sources de prestations d'incapacité ne réduisent aucunement vos prestations d'assurance-incapacité de longue durée, notamment :

- les prestations provenant d'une police d'assurance-incapacité individuelle;
- les prestations versées par une police d'assurance-vie individuelle assortie d'une clause d'incapacité;
- les prestations reçues dans le cadre d'une loi ou d'un régime et destinées aux enfants;
- les prestations résultant de l'augmentation des prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada après le début du versement des prestations d'incapacité;
- les prestations découlant du service militaire.

Droit de subrogation

La subrogation est une pratique légale qui accorde à Nortel le droit de revendiquer les prestations qui vous ont été versées dans le cas où vous auriez été indemnisé par une autre personne responsable de votre perte. La subrogation vise à limiter vos paiements de prestation à un montant égal à celui que vous avez perdu.

Advenant qu'une personne soit responsable de votre incapacité et qu'elle ait l'obligation de vous dédommager de toute perte subie en raison de votre incapacité, et que Nortel vous dédommage également ou vous a dédommagé de votre perte de revenu, votre revenu pourrait être plus élevé qu'il était avant votre incapacité. Dans un tel cas, vous devrez rembourser Nortel des prestations qu'elle vous a versées. Si vous recevez un montant pour la perte de revenus futurs, Nortel réduira vos prestations relatives à la perte de revenus futurs.

La subrogation s'applique également à tous les frais médicaux ou dentaires que vous avez acquittés à la suite d'une blessure causée par une autre personne. Lorsque la personne responsable de votre perte vous a dédommagé, vous devez rembourser Nortel.

Si la subrogation s'applique à votre demande, vous devrez signer un engagement visant à rembourser Nortel de toute somme qui vous est versée supérieure à 100 % du revenu ou des dépenses. Avant de consentir au règlement de votre demande, vous devez en obtenir l'approbation.

Réadaptation / travail modifié

L'un des principaux objectifs de tout régime d'assurance-incapacité consiste à vous aider à vous remettre sur pied le plus rapidement possible. Votre régime d'assurance-incapacité de longue durée vise également cet objectif, car il a été démontré à maintes reprises que les programmes de réadaptation ou de travail modifié accélèrent la convalescence.

Vos prestations d'assurance-incapacité de longue durée seront réduites de la moitié du revenu touché dans le cadre d'un programme de réadaptation ou de travail modifié.

Le terme «réadaptation» s'applique à tout programme ayant pour but de vous aider à reprendre une activité rémunérée vous permettant de toucher un revenu équivalent ou supérieur aux prestations que vous touchiez au début de votre incapacité. Tout programme de réadaptation doit être approuvé par la Financière Sun Life. Les programmes de réadaptation peuvent comprendre, mais ne se limitent pas à une évaluation, du counseling, un traitement médical ou psychologique ou à un programme de recyclage professionnel ou éducatif.

L'expression «travail modifié» se rapporte à tout changement ou à toute modification des exigences de votre poste. Une modification peut se traduire par la réduction des heures de travail ou du volume des tâches. La Société détermine l'accessibilité à un tel programme. Vous devez également obtenir l'autorisation de votre médecin traitant et de la Financière Sun Life.

Maximum des prestations de toutes sources pour les participants à un programme de réadaptation ou de travail modifié

Le total des prestations d'incapacité de toutes sources pour les participants à un programme de réadaptation ou de travail modifié ne peut dépasser 85 % du *salaires annuel* que vous receviez avant votre incapacité.

Exemple : admettons que le salaire mensuel brut que vous receviez avant votre incapacité s'élevait à 7 143 \$ et que vous aviez choisi la couverture facultative d'assurance-incapacité de longue durée :

Calcul du montant de l'assurance-incapacité de longue durée

Couverture facultative mensuelle d'assurance-incapacité de longue durée (couverture facultative = 70 % de 7 143 \$)	5 000 \$
Moins les prestations du RRQ/RPC	600 \$
Moins le salaire gagné dans le cadre du programme de réadaptation (50 % de 3 500 \$)	1 750 \$
Prestations d'assurance-incapacité de longue durée (après déduction des prestations d'autres sources)	2 650 \$

Calcul du maximum de 85 % – Toutes autres sources de revenus

Salaire mensuel brut avant incapacité	7 143 \$
85 %	6 072 \$

Prestations d'incapacité plus revenus d'autres sources

Prestations d'assurance-incapacité de longue durée (après déduction des prestations d'autres sources)	2 650 \$
Prestations du RPC	600 \$
Salaire – programme de réadaptation	3 500 \$
Police individuelle	s.o.
Total des revenus de toutes sources	6 750 \$

Différence entre 85 % du salaire touché avant l'incapacité et des revenus de toutes sources :

(6 750 \$ – 6 072 \$) =	678 \$
-------------------------	---------------

Paiements mensuels d'assurance-incapacité de longue durée

(2 650 \$ – 678 \$) =	1 972 \$
-----------------------	-----------------

Restrictions et exclusions

Aucune prestation d'assurance-incapacité de longue durée n'est versée dans les cas suivants :

- l'automutilation, que vous soyez sain d'esprit ou non;
- un délit criminel ou une tentative de délit criminel;
- une insurrection, une grève, une émeute, des désordres civils ou une guerre auxquels vous participez;
- le service militaire dans les forces armées d'un pays.

Vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes soigné par un médecin, si ce dernier vous prodigue des soins actifs, continus et opportuns d'un point de vue médical et si vous vous soumettez au traitement qu'il vous prescrit.

Si vous souffrez de toxicomanie (attribuable à l'usage de drogues ou à la consommation abusive d'alcool), vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes suivi de façon active et si vous vous soumettez à un traitement continu dans un centre de désintoxication ou tout autre établissement désigné pour ce genre de traitement.

Assurance-décès et mutilation accidentels facultative

L'assurance-décès et mutilation accidentels facultative offre une protection en cas de décès ou de perte accidentelle d'un membre ou de la vue. Cette protection est entièrement aux frais de l'employé. Vous pouvez souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels pour vous seulement ou pour vous et les *personnes à votre charge admissibles*. Vous pouvez utiliser les *crédits* ou les retenues après impôt au titre de la prime d'assurance.

Assurance-décès et mutilation accidentels de l'employé

Le montant d'assurance-décès et mutilation accidentels auquel vous pouvez souscrire pour vous-même correspond actuellement à un multiple de votre *salaire*. En effet, vous pouvez vous assurer pour un montant correspondant à :

- une fois votre salaire;
- deux fois votre salaire;
- trois fois votre salaire;
- quatre fois votre salaire;
- cinq fois votre salaire.

Le montant de votre couverture sera arrondi au prochain 1 000 \$, jusqu'à concurrence de 1 500 000 \$.

Si vous décédez en raison d'un accident, votre *bénéficiaire* recevra le montant que vous aviez précisé. Vous recevrez une partie de l'indemnité totale si vous perdiez un membre ou votre vue en raison d'une blessure accidentelle (à condition que la perte ait lieu dans les 365 jours suivant l'accident).

Le montant de l'indemnité est déterminé en fonction de la perte, tel qu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Perte	Indemnisation
Perte de la vie	100 %
Hémiplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Quadriplégie	200 %
Perte des deux mains, des deux pieds ou perte de la vue des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main et de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe	100 %
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main, d'un pied ou de la vue d'un œil	67 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	67 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	50 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	50 %
Perte du pouce et de l'index d'une main	33 %
Perte de quatre doigts d'une main	33 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %

Si vous subissez plus d'une perte admissible par suite d'un accident, le régime vous versera une indemnité en fonction d'une seule perte. Le montant versé sera le plus élevé payable en vertu des pertes.

Assurance-décès et mutilation accidentels de personnes à charge

Vous avez la possibilité de souscrire une assurance-décès et mutilation accidentels pour votre famille, soit votre *conjoint* et les *enfants à votre charge admissibles*. Le montant de la couverture que vous choisissez dépendra du montant que vous avez choisi pour vous-même et selon votre situation familiale, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Si la situation familiale est :	L'assurance-décès et mutilation accidentels de personnes à charge est :
Conjoint seulement	60 % de votre couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels
Enfant (ou enfants) uniquement	20 % de votre couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels
Conjoint et enfant (ou enfants)	Conjoint : 50 % de votre couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels Chaque enfant : 15 % de votre couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels

Par exemple, supposons que vous souscrivez une couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels de l'employé de 100 000 \$. Supposons également que vous avez un conjoint, mais pas d'enfants. Le capital assuré de votre conjoint s'élèvera à 60 000 \$ (100,000 \$ x 60 %). Si vous avez un enfant, par la suite, la couverture de votre conjoint sera réduite à 50 000 \$ (100 000 \$ x 50 %) et votre enfant sera assuré pour 15 000 \$ (100 000 \$ x 15 %).

Si une personne à charge couverte décède en raison d'un accident, vous serez le bénéficiaire et vous recevrez le montant qui s'applique. Si une personne à charge couverte perd un membre ou la vue en raison d'une blessure accidentelle, elle recevra une partie de l'indemnité totale. La perte doit avoir lieu dans les 365 jours suivant l'accident.

Si votre conjoint et vous travaillez tous les deux pour Nortel, vous pouvez souscrire l'assurance-vie à titre d'employé ou de personne à charge, mais non les deux. Un seul d'entre vous peut inscrire vos enfants admissibles à titre de personnes à charge.

Coût de l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative

Le coût de l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative dépend du choix de l'option employé seul ou de l'option couverture familiale. En 2005, le coût sera :

- Employé seul : 0,02 \$ par 1 000 \$ de couverture par mois.
- Famille : 0,032 \$ par 1 000 \$ de couverture par mois (nonobstant le nombre de personnes à charge admissibles).

Restrictions et exclusions

Aucune indemnité de l'assurance-décès et mutilation accidentels n'est payable pour les pertes résultant directement ou indirectement :

- d'un suicide, que vous ayez été sain d'esprit ou non;
- d'une automutilation, que vous ayez été sain d'esprit ou non;
- d'une maladie;
- de désordres civils (y compris des actes de terrorisme) ou d'une guerre, déclarée ou non;
- du service à temps plein dans les forces armées d'un pays;
- de blessures subies au volant d'un véhicule alors que votre taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
- de blessures subies à bord d'un avion, ou au moment de l'embarquement ou du débarquement si, au moment où les blessures ont été subies :
 - vous pilotiez, appreniez à piloter ou agissiez à titre de membre d'équipage, ou
 - l'avion participait à des activités d'épandage aérien, de pulvérisation agricole, d'ensemencement, de publicité aérienne, ou à une course, à un essai, à une exploration ou à toute activité autre que le transport.

Notez que l'assurance-décès et mutilation accidentels n'est pas en vigueur lorsque vous travaillez ou voyagez dans certains pays. Veuillez consulter les conseils aux voyageurs publiés par le ministère des Affaires étrangères sur le site Web <http://www.voyage.gc.ca> pour obtenir une liste de ces pays avant de vous déplacer.

Assurance médicale

Votre *régime d'assurance-maladie provincial* couvre de nombreux soins médicaux de base, notamment l'hospitalisation en salle commune, les soins prodigués par des médecins et des spécialistes de même que les actes et les services liés au diagnostic.

Le Régime d'avantages sociaux à la carte de Nortel offre quatre options d'assurance médicale payées en totalité par la Société (de base, complet, supérieur et de choix), conçues en vue de compléter votre assurance-maladie provinciale.

Vous pouvez choisir une assurance médicale :

- pour vous seulement;
- pour vous, vos *enfants* et les enfants de votre conjoint;
- pour vous et votre *conjoint*;
- pour vous et votre famille (votre conjoint, vos enfants et les enfants de votre conjoint).

Vous pouvez également renoncer à l'assurance médicale si vous (ou, pour les résidents du Québec, vous et votre famille) avez une couverture d'une autre source, telle que l'employeur de votre conjoint. Toutefois, vous devez remplir le formulaire de renonciation à l'assurance médicale et le faire parvenir aux Services au personnel à l'échelle mondiale avant la date indiquée sur le formulaire. Si vous ne soumettez pas ce formulaire, vous serez inscrit au régime de base pour vous seulement (pour vous et votre famille si vous demeurez au Québec).

Options médicales du Régime d'avantages sociaux

Le présent tableau résume vos options relativement à l'assurance médicale dans le cadre des avantages sociaux à la carte. Pour être admissible au remboursement, les dépenses doivent être *médicalement nécessaires* pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure et être prescrites par un médecin (sauf indication contraire) et les demandes de règlement doivent être soumises dans les 18 mois suivant la date du traitement.

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur	Régime de choix
Taux de remboursement des frais admissibles	80 %	90 %	100 %	100 %
Médicaments sur ordonnance	Couverts par les quatre régimes			
• Médicaments génériques	Couverts par les quatre régimes			
• Médicaments brevetés	Couverts par les quatre régimes s'il n'existe aucun médicament générique équivalent ou si le médecin n'autorise pas la substitution			
• Formulaire des médicaments	Régimes de base, complet et supérieur : Les nouveaux médicaments ne sont pas couverts dans le cadre du régime à moins d'avoir été approuvés d'abord par au moins un régime provincial.			Les nouveaux médicaments sont couverts automatiquement, sous réserve des dispositions du régime.
• Autorisation préalable	Obligatoire pour cinq catégories de médicaments, ainsi que le médicament Wellbutrin™.			Obligatoire pour deux catégories de médicaments.

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur	Régime de choix
Franchise annuelle pour tous les frais médicaux admissibles (sauf les médicaments) • Individuelle • Famille	Aucune Aucune	40 \$ 80 \$	Aucune Aucune	Aucune Aucune
Quote-part par ordonnance	7 \$	7 \$	7 \$	Aucune
Frais maximaux d'exécution d'ordonnance par médicament	7 \$	7 \$	7 \$	7 \$
Contribution maximale annuelle (une fois que vous avez payé ce maximum annuel, le régime rembourse la totalité des frais de médicaments sur ordonnance engagés pendant le reste de l'année)	857 \$ par personne ¹	857 \$ par personne ¹	Aucune	Aucune
Hospitalisation • Soins de courte durée et soins de convalescence	Aucune	Tarif d'une chambre à deux lits, jusqu'à concurrence de 225 \$ par jour pour les soins de courte durée et de convalescence, et de 90 jours par année civile pour les soins de convalescence	Tarif d'une chambre à deux lits pour les soins de courte durée et de convalescence, jusqu'à concurrence de 90 jours par année civile pour les soins de convalescence	Tarif d'une chambre à deux lits pour les soins de courte durée et de convalescence, jusqu'à concurrence de 90 jours par année civile pour les soins de convalescence
Service ambulancier	Transport routier et transport aérien d'urgence			
Services professionnels	Plafonds annuels par personne			
• Chiropraticien ²	Plafond combiné de 300 \$ pour ces spécialités	300 \$	500 \$	500 \$
• Ostéopathe		300 \$	500 \$	500 \$
• Podologue		300 \$	500 \$	500 \$
• Orthophoniste ³		300 \$	500 \$	500 \$
• Naturopathe		300 \$	500 \$	500 \$
• Massothérapeute ³		300 \$	500 \$	500 \$
• Podiatre		300 \$	500 \$	500 \$
• Acupuncteur ⁴		300 \$	500 \$	500 \$
• Diététiste ³		300 \$	500 \$	500 \$
Psychologue	350 \$	750 \$	1 000 \$	1 000 \$

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur	Régime de choix
Physiothérapie³	350 \$	750 \$	1,000 \$	1,000 \$
Soins infirmiers privés³ • Maximum par année civile	10 000 \$	12 500 \$	15 000 \$	15 000 \$
Soins d'urgence et assistance voyage reçus à l'extérieur de la province (au Canada) pendant un voyage entrepris à des fins personnelles⁵	Maximum de 21 jours	Maximum de 31 jours	Maximum de 90 jours	Maximum de 90 jours
Plafond viager individuel	1 000 000 \$ la vie durant ¹			

¹ Le remboursement des frais de médicaments sur ordonnance admissibles offert dans le cadre du régime satisfait les exigences actuelles de la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec.

² Selon le régime complet, les soins chiropratiques sont couverts seulement si le plafond d'indemnisation du régime d'assurance-maladie provincial est atteint, sauf dans les provinces comme l'Ontario, où les soins chiropratiques ne sont plus couverts. La couverture des soins chiropratiques selon les régimes supérieur et de choix entre en vigueur dès la première visite, lorsque la loi l'autorise. Des renseignements sur les plafonds d'indemnisation et les exigences de traitement de votre province se trouvent sur le site Web officiel du gouvernement provincial.

³ Ces soins doivent être prescrits par un médecin. Veuillez noter qu'en Ontario, les soins de physiothérapie ne sont plus couverts dans le cadre du régime d'assurance-santé provincial.

⁴ Ces soins doivent être donnés par un médecin ou un acupuncteur autorisé assujéti à la réglementation provinciale. En 2004, seulement la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec régissent, au niveau provincial, la pratique des acupuncteurs. Les autres provinces, à l'avenir, pourraient créer des règlements provinciaux à cet effet.

⁵ Vous n'êtes protégé que pendant la période précisée pour chaque option. En d'autres termes, vous serez indemnisé si une urgence survenait à l'extérieur de votre province de résidence, au Canada, dans les 21 premiers jours (régime de base), les 31 premiers jours (régime complet) ou les 90 premiers jours (régime supérieur ou de choix).

Coût des options d'assurance médicale

Le coût pour votre assurance médicale dépend de l'option choisie et du *niveau de couverture des personnes à charge*. Pour obtenir de plus amples détails, accédez au site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 et à l'outil d'inscription en ligne (ou reportez-vous à votre feuille de calcul personnalisée).

Médicaments sur ordonnance

Toutes les options d'assurance médicale offrent la couverture des médicaments sur ordonnance. Les frais admissibles se limitent aux :

- médicaments approuvés au Canada et considérés *médicalement nécessaires*;
- *médicaments essentiels au maintien de la vie* qui portent un code d'identification numérique de la drogue (DIN), qui ne peuvent être obtenus qu'à l'aide d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste et qui sont liés à une maladie ou à une blessure.

Les coûts liés aux médicaments constituent l'élément qui croît le plus rapidement parmi les dépenses en matière de soins de santé. Pour gérer les coûts à la hausse des médicaments, quelques modalités ont été mises en place.

Toutes les options du régime d'assurance médicale exigent des médicaments génériques.

Toutes les options du régime d'assurance médicale exigent l'utilisation de *médicaments génériques*, à moins que votre médecin n'indique sur l'ordonnance qu'aucune substitution n'est permise ou qu'il n'existe aucun équivalent générique. Les «médicaments génériques» comprennent les médicaments essentiels au maintien de la vie; les médicaments administrés par injection; les médicaments composés, quels que soient leurs constituants actifs; les aiguilles, les seringues et les agents diagnostiques chimiques utilisés dans le traitement du diabète.

Le Régime d'avantages sociaux à la carte permet tout de même le remboursement du coût d'un médicament breveté, sous réserve des règles relatives à la *quote-part*, au taux de remboursement et au plafond d'indemnisation applicables, si l'ordonnance précise que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un équivalent générique ou s'il n'existe aucun équivalent générique.

Pourquoi des médicaments génériques?

- Les médicaments génériques ont, en règle générale, le même effet et la même qualité thérapeutique que les médicaments brevetés équivalents et permettent de réaliser de réelles économies.
- Les médicaments génériques permettent de contrôler les coûts et assurent la viabilité et la stabilité financière de l'assurance médicale facultative.
- Les médicaments génériques présentent un bon rapport qualité-prix.

Les médicaments doivent figurer sur la liste des avantages sociaux à la carte (régimes de base, complet et supérieur).

Le Régime d'avantages sociaux à la carte est caractérisé par une liste de tous les médicaments couverts dans le cadre du régime à compter du 31 décembre 2003. Un nouveau médicament n'est ajouté que lorsque au moins un régime d'assurance médicale provincial l'ajoute à sa liste de médicaments couverts et que le médicament représente une dépense admissible en vertu des modalités des avantages sociaux à la carte. Vous pouvez trouver une liste mise à jour des nouveaux médicaments ajoutés aux avantages sociaux à la carte depuis le 1^{er} janvier 2004, sous la rubrique **Autres renseignements – Documents relatifs aux avantages sociaux** du site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005

Quote-part de 7 \$ pour chaque demande de règlement (régimes de base, complet et supérieur).

Pour chaque demande de règlement liée à une ordonnance, vous devez payer 7 \$ pour l'ordonnance, en plus de tout autre montant que vous payez pour une option précise du régime.

Frais maximaux d'exécution d'ordonnance de 7 \$ (tous les régimes).

Le montant que le régime débourse pour les frais d'exécution d'ordonnance se limite à 7 \$. Demandez quels sont les frais d'exécution avant d'obtenir votre ordonnance. Ces frais peuvent varier considérablement d'une pharmacie à l'autre.

Si vous prenez un médicament d'entretien (c'est-à-dire un médicament pris de façon continue), vous pouvez demander à votre médecin de vous prescrire votre médicament pour une période allant jusqu'à trois mois. Ainsi, vous réduirez les frais d'exécution d'ordonnance.

Plafonds annuels ou viagers pour certains médicaments (tous les régimes).

Le montant maximal payable pour des médicaments couverts par le Régime d'avantages sociaux à la carte dépend de leur classification :

- **Médicaments de catégorie 1** : Il s'agit de médicaments jugés médicalement nécessaires, essentiels au maintien de la vie, qui portent un code DIN, sont délivrés sur ordonnance et sont destinés au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Le remboursement des médicaments appartenant à cette catégorie n'est généralement pas plafonné. Il existe toutefois un plafond viager pour l'ensemble des soins médicaux, y compris les médicaments sur ordonnance. Au Québec, cependant, le remboursement des médicaments figurant sur le formulaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) n'est pas plafonné.
- **Médicaments de catégorie 2** : Il s'agit de médicaments thérapeutiques, qui portent un code DIN, sont délivrés sur ordonnance et ne sont pas destinés au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces médicaments sont généralement médicalement nécessaires pour améliorer la qualité de vie. Vous trouverez ci-dessous la liste des médicaments de catégorie 2 remboursés dans le cadre du régime, de même que les plafonds annuels ou viagers applicables de tous les régimes.

Médicaments de catégorie 2	Plafonds d'indemnisation
• Médicaments contre la stérilité	• Plafond viager de 3 000 \$
• Contraceptifs oraux	• 300 \$ par année civile ou 13 cycles par année
• Traitement de la dysfonction érectile	• 1 200 \$ par année civile (autorisation préalable nécessaire)
• Médicaments de désaccoutumance au tabac	• Plafond viager de 500 \$
• Médicaments contre l'obésité	• 1 000 \$ par année civile (autorisation préalable nécessaire)
• Vaccins	• 500 \$ par année civile

Les médicaments en vente libre, les médicaments expérimentaux et les médicaments administrés à des fins esthétiques ne sont pas remboursables, quel que soit le niveau de couverture choisi.

Autorisation préalable obligatoire pour certains médicaments (tous les régimes)

Dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, les employés inscrits au régime médical de base, complet et supérieur doivent obtenir une *autorisation préalable* (approbation préalable) avant que leur soient remboursés les coûts des médicaments de cinq catégories de médicaments sur ordonnance, ainsi que du médicament Wellbutrin™. Les employés inscrits au régime de choix doivent obtenir une approbation pour les médicaments compris dans deux catégories.

L'autorisation préalable permet de s'assurer que certains médicaments obtenus sur ordonnance conviennent le mieux (en ce qui concerne leur efficacité et leur coût) pour traiter le problème médical en question. Elle fait également en sorte que les médicaments à double usage sont jugés conformément aux dispositions prévues par le régime d'assurance médicale du Régime d'avantages sociaux à la carte.

Les médicaments pour lesquels il faut obtenir une autorisation préalable ne peuvent être remboursés que s'ils satisfont à certains critères. Les protocoles utilisés dans le cadre du programme d'autorisation préalable sont fondés sur les lignes directrices figurant dans les formulaires provinciaux. Un groupe de pharmaciens de BCE Emergis (notre gestionnaire de régimes d'assurances médicaments) utilise les lignes directrices provinciales pour déterminer les critères et les protocoles d'évaluation utilisés afin d'approuver un médicament dont le remboursement nécessite une autorisation préalable.

Si vous prenez déjà un médicament de la liste préautorisée, ou si vous avez pris un tel médicament au cours des 100 derniers jours, vous n'aurez **pas** à soumettre un formulaire d'autorisation préalable et ne devrez pas obtenir d'approbation afin de vous faire rembourser les frais associés au médicament en question.

Les formulaires d'autorisation préalable fournissent des renseignements très précis et détaillés. Si le processus d'approbation détermine que le médicament prescrit est conforme aux protocoles et aux critères établis, votre prescription sera approuvée. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la manière de soumettre une demande de règlement pour un médicament qui nécessite une autorisation préalable, reportez-vous à la rubrique «Fonctionnement de l'autorisation préalable» à la page 70.

Les catégories suivantes de médicaments nécessitent actuellement une autorisation préalable. D'autres médicaments de chaque catégorie peuvent être ajoutés à mesure qu'ils font leur entrée sur le marché et sont classés comme médicaments pour lesquels il faut obtenir une autorisation préalable selon les lignes directrices provinciales.

Régimes de base, complet et supérieur :

- Médicaments anti-inflammatoires :
 - Celebrex™, Bextra™.
 - Ces médicaments agissent comme inhibiteurs de la COX-II (une classe d'analgésiques et de médicaments anti-inflammatoires destinés au traitement de l'arthrite et de la douleur). Il faut obtenir une autorisation préalable parce qu'il existe d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens tout aussi efficaces qui sont moins coûteux et dont on a prouvé la sûreté. Ils sont actuellement disponibles sous forme de médicaments génériques utilisés pour traiter les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde et de l'ostéoarthrite.
- Médicaments servant à traiter les ulcères et les brûlures d'estomac :
 - Losec™ (Oméprazole), Nexium™ (Esomeprazole), Pantoloc™ (Pantoprazole), Prevacid™ (Lansoprazole).

- À la fin des années 1990, les médicaments tels que Losec™ ont permis d'importantes améliorations en ce qui concerne le traitement des ulcères d'estomac et d'autres maladies associées à l'acide gastrique. Toutefois, des traitements conservateurs de rechange peuvent être efficaces chez la majorité des personnes avant qu'elles n'entament les traitements à long terme que procurent les médicaments servant à traiter les ulcères et les brûlures d'estomac qu'on trouve ci-dessus.
- Traitement des migraines :
 - Amerge™ (Naratriptan), Imitrex™ (Sumatriptan), Maxalt™ (Rizatriptan), Zomig™ (Zolmitriptan).
 - L'autorisation préalable permettra de déterminer l'utilisation efficace du médicament en fonction des lignes directrices provinciales concernant les problèmes de santé associés aux migraines.
- Le Wellbutrin™ (Bupropion) est à la fois un antidépresseur et une aide antitabagique. Actuellement, le Régime d'avantages sociaux à la carte prévoit un remboursement maximal de 500 \$ en ce qui concerne les aides antitabagiques mais aucun montant maximum pour ce qui est des antidépresseurs.

Régimes de base, complet, supérieur et de choix :

- Médicaments servant au traitement de la dysfonction érectile :
 - Viagra™ (Sildenafil), Cialis™ (Tadalafil), Levitra™ (Vardenafil).
- Médicaments contre l'obésité :
 - Xenical™ (XEE-0402), Meridia™ (Sibutramine), Ionamin™ (Phentermine), Sanorex™ (Mazindol), Tenuate™ (Diethylpropion).

✚ **Résidents du Québec : Si vous êtes couvert par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), 71,5 % des coûts de tout médicament figurant sur le formulaire de la RAMQ doivent vous être remboursés. De ce fait, en ce qui concerne les médicaments couverts par la RAMQ, vous ne devez obtenir une autorisation préalable que pour la différence entre 71,5 % des coûts et le niveau de remboursement de votre régime d'assurance médicale.**

Contribution maximale (Régime d'assurance médicale de base et complet seulement)

Le régime prévoit une contribution maximale afin de vous protéger, vous et les personnes à votre charge, dans l'éventualité où vous devriez engager des frais de médicaments élevés au cours d'une année. Le maximum annuel des frais raisonnables et habituels admissibles à votre charge est de 857 \$ par personne à charge admissible. Une fois ce montant atteint, le régime vous remboursera la totalité des frais raisonnables et habituels admissibles que vous engagerez pendant le reste de l'année civile. La contribution maximale comprend la *quote-part* par ordonnance ainsi que les 20 % (régime de base) ou les 10 % (régime complet) des frais admissibles à votre charge, jusqu'à concurrence des plafonds fixés dans le cas des *médicaments de catégorie 2*. Si vous demeurez au Québec, la loi stipule que la contribution maximale globale de 857 \$ s'applique aux frais que vous et les enfants inscrits à votre charge avez engagés.

Carte de paiement direct des médicaments

Peu importe l'option du régime d'assurance médicale que vous choisissez, vous recevrez une carte de paiement direct des médicaments (fournie par BCE Emergis). Utilisée dans les pharmacies participantes, cette carte permet de régler les coûts des médicaments admissibles, sous réserve des niveaux de remboursement applicables et des frais maximaux d'exécution d'ordonnance. Pour chaque demande de règlement, vous devrez payer la part des frais à votre charge : la quote-part (le cas échéant) et les frais d'exécution d'ordonnance qui excèdent le montant couvert par l'assurance. Vous devez également payer pour les médicaments inadmissibles et la différence entre le coût d'un médicament générique et d'un médicament breveté, si vous choisissez d'acheter le *médicament breveté* (à moins que votre médecin n'indique sur l'ordonnance qu'aucune substitution n'est permise ou qu'aucun médicament générique équivalent n'existe).

Votre carte de paiement direct des médicaments est assortie d'une caractéristique importante d'un point de vue médical. En effet, lorsque vous réglez l'achat d'un médicament au moyen de votre carte, le système de BCE Emergis effectue une série de contrôles qui permettent à votre pharmacien de faire un examen de votre consommation de médicaments. Ces contrôles permettent de faire le lien entre le médicament acheté et tous les autres médicaments qui vous ont été délivrés, dans cette pharmacie ou dans d'autres, et que vous avez payés avec votre carte. Le pharmacien pourra ainsi détecter d'éventuels dangers pour votre santé, notamment dans les cas suivants :

Exemples :

- interaction indésirable entre deux médicaments;
- renouvellement prématuré de l'ordonnance;
- dédoublement d'ordonnance;
- posologie excédant la limite prescrite par le traitement;
- contre-indication en raison de votre âge ou de votre sexe.

De façon générale, cette vérification n'a pas d'incidence sur le remboursement de vos frais.

Hôpital - chambre semi-privée

Les frais associés aux chambres d'hôpital semi-privées sont couverts par les régimes, **complet, supérieur et de choix** seulement.

Si vous êtes hospitalisé dans une chambre à un lit, le régime vous remboursera le tarif d'une chambre à deux lits. Aucun remboursement n'est offert pour l'écart entre le tarif d'une chambre à deux lits et celui d'une chambre à un lit.

Pour chaque option, on entend par «hôpital» tout établissement dûment agréé offrant, 24 heures sur 24, les services de médecins et d'infirmiers et doté de l'équipement nécessaire pour faire des diagnostics, pratiquer des interventions chirurgicales importantes et soigner des malades ou des blessés. Cette définition inclut les hôpitaux dûment agréés et approuvés par l'administrateur du régime (Financière Sun Life), offrant des soins spécialisés aux personnes atteintes de maladies mentales, de toxicomanie ou d'alcoolisme, de cancer ou d'arthrite, de même qu'aux convalescents. Cette définition exclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les maisons de repos et autres établissements prodiguant des soins semblables.

Si vous êtes hospitalisé et recevez des soins de courte durée ou de convalescence, le régime **complet** remboursera l'écart entre le tarif habituel prévu par le régime provincial pour une salle commune et le tarif d'une chambre à deux lits jusqu'à concurrence de 225 \$ par jour. Pour les soins de convalescence, le remboursement est plafonné à 90 jours par année civile.

Si vous êtes hospitalisé et recevez des soins de courte durée ou de convalescence, les régimes **supérieur et de choix** rembourseront l'écart total entre le tarif habituel prévu par le régime provincial pour une salle commune et le tarif d'une chambre à deux lits. Pour les soins de convalescence, le remboursement est plafonné à 90 jours par année civile.

Le saviez-vous? Certains régimes provinciaux remboursent, dans certains cas, les frais d'une chambre à deux lits. En effet, ces frais sont remboursés par le régime provincial si vous êtes hospitalisé à l'unité des soins intensifs, à l'unité des soins coronariens ou dans une chambre de travail ou d'accouchement. Le régime provincial remboursera également les frais de séjour dans une chambre à deux lits, si ce dernier est jugé médicalement nécessaire et est prescrit par un médecin ou une sage-femme. Lorsque vous faites une demande de règlement de frais d'hospitalisation dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, assurez-vous d'abord que ces frais ne sont pas couverts par le régime provincial.

Par ailleurs, il est possible que les frais exigés par les hôpitaux pour un séjour en chambre à deux lits ne soient pas jugés acceptables et ne soient pas remboursés par le Régime d'avantages sociaux à la carte. Examinez attentivement votre facture d'hôpital et assurez-vous que les frais qui vous ont été facturés correspondent à ceux qui sont exigés pour une chambre comportant seulement deux lits, qu'ils soient tous les deux occupés ou non.

Frais non admissibles

- Frais quotidiens exigés pour un séjour en chambre à un lit ou à deux lits, alors que vous aviez demandé de séjourner dans une salle commune ou n'aviez pas consenti à un transfert dans une chambre à un lit ou à deux lits.
- Frais quotidiens exigés pour une chambre à un lit ou à deux lits pendant le séjour d'un nouveau-né dans la chambre de sa mère.
- Frais quotidiens exigés pour une chambre à un lit ou à deux lits réservée à votre intention et que vous n'occupez pas (par exemple si, pendant ce temps, vous étiez à la maison ou à l'unité des soins intensifs).

Services ambulanciers

Les frais admissibles remboursables en vertu de tous les régimes médicaux comprennent :

- Les frais engagés pour le transport routier en ambulance jusqu'à l'hôpital le plus près, équipé du matériel nécessaire pour prodiguer le traitement requis lorsque l'état de la personne rend impossible l'utilisation d'un autre moyen de transport.
- Les frais engagés pour le transport ambulancier aérien *d'urgence* jusqu'à l'hôpital le plus près, équipé du matériel nécessaire pour prodiguer le traitement requis lorsque l'état de la personne à charge rend impossible l'utilisation d'un autre moyen de transport.
- Les frais engagés et le coût du billet d'avion aller-retour d'un infirmier autorisé si la personne transportée a besoin des services d'un infirmier autorisé durant le vol.

Services professionnels

Tous les régimes médicaux rembourseront les soins fournis par des chiropraticiens, des massothérapeutes, des naturopathes, des ostéopathes, des podiatres, des orthophonistes autorisés à pratiquer ou des soins d'acupuncture fournis par un médecin autorisé à pratiquer ou par un acupuncteur assujéti à la réglementation provinciale. En 2005, seulement la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec régissent, au niveau provincial, la pratique des acupuncteurs. Les autres provinces, à l'avenir, pourraient créer des règlements provinciaux à cet effet. Tous les services professionnels doivent être *médicalement nécessaires* et il faut obtenir une recommandation écrite d'un médecin pour se voir rembourser les frais associés à la massothérapie, à l'orthophonie et aux services d'un diététiste. Les plafonds annuels sont applicables à chaque service professionnel, sauf lorsque des plafonds combinés sont précisés. Le remboursement des frais admissibles est assujéti aux lois de chaque province. Les éléments suivants soulignent les conditions pour chaque option de régime.

Le régime de **base** prévoit jusqu'à 300 \$ par personne et par année, pour l'ensemble de ces services professionnels. Vous pouvez présenter une demande de règlement des frais lorsque vous dépassez le maximum prévu par votre régime provincial pour l'année civile en cause. Le Régime d'avantages sociaux à la carte vous remboursera seulement les frais associés aux services obtenus après que vous ayez atteint le maximum annuel fixé par votre régime provincial. Par exemple, si le régime provincial rembourse les soins prodigués par un chiropraticien à raison de 10 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 150 \$ par année et qu'une visite coûte 15 \$, vous devrez payer les 5 \$ supplémentaires jusqu'à ce que le total de vos frais remboursés atteigne le maximum annuel (150 \$). Une fois le maximum du régime provincial atteint, vous bénéficiez de la couverture offerte dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte pour les prochaines visites.

Le régime **complet** prévoit jusqu'à 300 \$ par personne annuellement, pour chaque type de praticien. Le Régime d'avantages sociaux à la carte vous remboursera seulement les frais associés aux services obtenus après que vous ayez atteint le maximum annuel fixé par votre régime provincial.

Les régimes **supérieur** et de **choix** prévoient jusqu'à 500 \$ par personne et par année, pour chaque type de praticien. Dans le cas des soins fournis par un chiropraticien seulement, vous pouvez présenter une demande de règlement au Régime d'avantages sociaux à la carte dès que vous engagez des frais, quelle que soit la date à laquelle vous avez atteint votre maximum de frais remboursés par le régime provincial. Pour tous les autres services professionnels couverts, vous ne pouvez présenter une demande de règlement qu'après avoir atteint le maximum annuel du régime provincial. Le Régime d'avantages sociaux à la carte vous remboursera seulement les frais associés aux services obtenus après que vous ayez atteint le maximum annuel fixé par votre régime provincial. (Nota : En Ontario, le régime provincial ne couvre plus les soins chiropratiques.)

Résidents de l'Ontario : Le régime d'assurance-santé de l'Ontario ne couvre plus les soins chiropratiques, ce qui signifie que les employés de l'Ontario inscrits aux régimes de **base**, **complet**, **supérieur** ou de **choix** peuvent maintenant obtenir un remboursement immédiat pour les frais admissibles associés aux soins chiropratiques.

Résidents de l'Alberta : En Alberta, tous les services professionnels ne seront remboursés que lorsque le plafond d'indemnisation du régime d'assurance-maladie provincial aura été atteint. La législation provinciale interdit en effet le paiement de services tant que le maximum provincial n'a pas été atteint. Dans ces conditions, vous ne pouvez soumettre de demande de règlement qu'après avoir atteint le montant maximal fixé pour l'année par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Ce règlement s'applique à tous les régimes d'assurance médicale.

Services de psychologues

Tous les régimes couvrent les services d'un psychologue autorisé, certifié ou agréé lorsque ceux-ci sont médicalement nécessaires. Toutes les demandes de règlement doivent être accompagnées des reçus originaux.

Le régime de **base** prévoit jusqu'à 350 \$ par personne annuellement.

Le régime **complet** prévoit jusqu'à 750 \$ par personne annuellement.

Les régimes **supérieur** et de **choix** prévoient jusqu'à 1 000 \$ par personne annuellement.

Le saviez-vous? Vous pouvez bénéficier des services d'un psychologue dans le cadre de l'assurance médicale ainsi que dans le cadre du Programme d'aide aux employés. Les services du Programme d'aide aux employés sont offerts gratuitement.

Le numéro de téléphone du Programme d'aide aux employés et des services de travail-famille est le 1 888 859-5263. Il vous suffit de téléphoner pour fixer un rendez-vous. FGI, le fournisseur du Programme d'aide aux employés, fixera un rendez-vous avec un psychologue près de votre lieu de résidence ou de travail. FGI conservera votre confidentialité.

Services de physiothérapeutes

Tous les régimes couvrent les services d'un physiothérapeute autorisé, certifié ou agréé lorsque ceux-ci sont médicalement nécessaires et recommandés par un médecin. En plus des plafonds annuels prévus sous chacun des régimes d'assurance médicale, il existe également une clause de situation financière difficile.

Cette clause prévoit le remboursement des frais excédant le plafond annuel lorsqu'une physiothérapie majeure est nécessaire pendant une longue période. Le règlement sera établi en fonction de la documentation écrite fournie par votre médecin et doit être autorisé par l'*administrateur du régime* (la Financière Sun Life). Les frais sont alors remboursés à 80 %.

Le régime de **base** prévoit jusqu'à 350 \$ par personne annuellement.

Le régime **complet** prévoit jusqu'à 750 \$ par personne annuellement.

Les régimes **supérieur** et de **choix** prévoient jusqu'à 1 000 \$ par personne annuellement.

Résidents de l'Ontario : Le régime d'assurance-santé de l'Ontario ne couvre plus les soins de physiothérapie, ce qui signifie que les employés de l'Ontario inscrits aux régimes de **base**, **complet**, **supérieur** ou de **choix** peuvent maintenant obtenir un remboursement immédiat pour les frais admissibles associés aux soins de physiothérapie.

Soins infirmiers privés

Tous les régimes rembourseront les soins infirmiers fournis à votre domicile et ne pouvant être prodigués que par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé à condition que cette personne ne soit pas votre parente et n'habite pas normalement avec vous. Les services de soins personnels et de soins de garde ne sont pas couverts par le régime.

Par l'entremise de notre *administrateur de régime*, la Financière Sun Life, nous avons établi des services de préévaluation pour toutes vos réclamations relatives aux soins infirmiers privés afin que vous puissiez être informé immédiatement des frais qui sont remboursables par l'assurance médicale de la Société, par le régime provincial et par le régime de votre conjoint, de façon à obtenir un remboursement optimal.

Toutes les demandes de règlement de soins infirmiers privés doivent être évaluées avant qu'un remboursement ne soit accordé et les soins doivent avoir été prescrits par un médecin.

Étant donné le coût élevé des soins infirmiers privés et les exigences relativement à l'évaluation préalable, nous vous recommandons fortement d'obtenir l'autorisation de la Financière Sun Life avant d'engager des frais de ce type afin de vous assurer que ces frais sont admissibles dans le cadre du régime.

Fournitures et matériel

Tous les régimes couvrent les fournitures diverses et le matériel médical durable nécessaire aux soins thérapeutiques à domicile.

Voici certains des frais admissibles :

- La location ou, si la compagnie d'assurance l'estime opportun, l'achat ou la réparation d'un fauteuil roulant, d'un ambulateur, d'un lit d'hôpital. Les fauteuils roulants électriques sont couverts au taux de remboursement prévu dans chaque régime de l'assurance médicale (80 %, 90 % ou 100 %) jusqu'à concurrence d'un plafond viager de 20 000 \$ par personne.
- Les frais associés aux bandages herniaires, aux appareils orthopédiques, aux béquilles, aux plâtres ordinaires ou en fibre de verre, aux membres artificiels, aux prothèses oculaires et aux autres prothèses et pansements chirurgicaux (doivent être *médicalement nécessaires* et non destinés à la pratique de sports).
- Les frais associés à l'achat de chaussures orthopédiques ou aux modifications orthopédiques aux chaussures lorsqu'elles sont nécessaires (et non pas uniquement destinées à la pratique de sports) pour corriger une anomalie des os et des muscles, jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne, par année civile (maximum de 200 \$ par pied, par année civile).
- Les frais associés aux tests de laboratoire et aux radiographies, aux transfusions sanguines et à l'administration d'oxygène, y compris le matériel nécessaire pour son administration.
- Les frais associés aux fournitures médicalement nécessaires pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson, de cas graves de psoriasis permanent ainsi qu'aux fournitures nécessaires pour les paraplégiques et les quadraplégiques ou les personnes ayant subi une colostomie.
- Les frais associés aux dispositifs intra-utérins (DIU) et aux timbres contraceptifs (jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile).

- Les frais associés à l'achat de soutiens-gorge postopératoires (mastectomie), jusqu'à concurrence de deux soutiens-gorge ou de 300 \$ par année civile.
- Les frais associés à l'achat de perruques et de postiches rendues nécessaires par les traitements de chimiothérapie ou pour remédier à une perte totale des cheveux (*alopecia totalis*) : 300 \$ par année par personne (plafond viager de 1 500 \$).
- Les frais liés aux tubes pour la trachée.
- Les frais liés à l'achat de pansements oculaires nécessaires au traitement d'une carence lacrymale.
- Les frais associés aux substituts alimentaires si aucune autre nourriture ne peut être ingérée en raison d'une chirurgie du système digestif (uniquement les frais dépassant ceux qui sont considérés comme *raisonnables et habituels* pour un régime normal).
- Les frais associés aux tests de dépistage du cancer de la prostate (APS).

Avant de présenter une demande de règlement pour un appareil ou du matériel médical durable, vérifiez d'abord la couverture offerte par le régime de soins de santé provincial. Bien que l'étendue de la couverture varie d'une province à l'autre, la plupart des régimes provinciaux offrent un programme d'appareils et accessoires fonctionnels. Aucun appareil ou matériel médical durable admissible ne sera remboursé par le Régime d'avantages sociaux à la carte tant que les frais couverts par le régime provincial n'auront pas été d'abord remboursés par ce dernier.

Veillez prendre note que le régime contient une clause de remboursement des frais raisonnables et habituels et qu'il ne remboursera que les frais médicalement nécessaires. Le régime ne remboursera que les frais associés aux services *médicalement nécessaires*. Avant de faire quelque achat que ce soit, il est donc important de bien vous renseigner afin de décider des soins les mieux adaptés à votre situation et de demander au besoin à la Financière Sunlife des précisions sur les frais qu'elle estime raisonnables et habituels.

Chirurgie dentaire par suite d'un accident

Toutes les options d'assurance médicale couvrent les frais pour soins dentaires rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, pourvu que les traitements soient entrepris et terminés dans les six mois suivant la date de l'accident et qu'ils ne résultent pas d'un état préalable à l'accident.

Soins d'urgence à l'extérieur de la province (au Canada)

Toutes les options d'assurance médicale comprennent des soins d'*urgence* et une assistance voyage reçus lors de déplacements effectués à des fins personnelles à l'extérieur de votre province de résidence (au Canada). Vous et les personnes à votre charge admissibles bénéficiez d'un service téléphonique d'urgence médicale 24 heures sur 24.

L'assistance voyage vous remboursera les dépenses suivantes :

- frais d'hospitalisation d'urgence à l'extérieur de la province de résidence, au Canada, jusqu'à concurrence du tarif prévu pour un séjour en salle commune;
- frais de traitement d'urgence par un médecin, ou frais de traitement engagés au Canada lorsque les services ne sont pas disponibles dans votre province de résidence et qu'ils sont recommandés par écrit par le médecin traitant et approuvés par le régime de votre province de résidence;
- frais de transport par ambulance ou par avion en classe économique pour retourner dans la province de résidence;
- certains frais de transport pour votre famille.

Nous vous recommandons de faire appel à ce service en cas d'urgence médicale lorsque vous voyagez à des fins personnelles à l'extérieur de votre province de résidence, au Canada. Le numéro de téléphone sans frais du service d'aide téléphonique, offert 24 heures sur 24, est le 1 800 511-4610.

En vertu de l'assistance voyage pour urgence médicale, le paiement forfaitaire unique versé à l'hôpital et la coordination des prestations auprès de votre régime provincial d'assurance-maladie seront effectués si vous appelez le service d'aide téléphonique offert 24 heures sur 24 dans un délai de 24 heures. Autrement, vous devrez payer les frais médicaux dès qu'ils auront été engagés et vous les faire rembourser ensuite par votre régime provincial, puis par la Financière Sun Life.

Le traitement d'une maladie ou d'une blessure survenue en dehors de la période de voyage couverte ne sera pas remboursé. Cette période est de 21 jours pour le régime de base, de 31 jours pour le régime complet et de 90 jours pour les régimes supérieur et de choix.

Le programme Voyageur averti (qui ne fait pas partie du Régime d'avantages sociaux à la carte) couvre les frais d'urgence médicale et d'assistance voyage engagés par les employés de Nortel pendant leurs déplacements à l'extérieur du pays pour le compte de la Société ou à des fins personnelles. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec un responsable du programme Voyageur averti au RCE 333-2710 ou au (215) 701-2933. Vous pouvez également consulter le site intranet <http://travelwell.ca.nortel.com>.

Restrictions et exclusions

Aucune indemnité n'est payable en vertu des options d'assurance médicale dans les cas suivants :

- contraceptifs, autres que les contraceptifs oraux, les timbres ou les dispositifs intra-utérins;
- aliments et suppléments nutritifs, y compris les suppléments diététiques;
- vitamines, minéraux, suppléments protéinés et nutriments thérapeutiques, sauf ceux qui sont achetés uniquement sur l'ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste;
- cosmétiques et produits d'hygiène;
- produits que l'*administrateur du régime* estime être des remèdes maison;
- médicaments expérimentaux;
- toute partie des frais remboursés par un régime d'État;
- services et produits fournis ou prescrits par une personne qui habite normalement avec vous ou avec qui vous êtes lié par le sang ou le mariage;
- frais remboursables par un régime d'État en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;
- frais engagés par suite d'automutilation;
- frais engagés par suite de désordres civils ou d'une guerre, déclarée ou non;
- frais remboursables par un régime d'État;
- services pour lesquels la loi interdit toute indemnisation;
- intervention chirurgicale ou traitement non urgent reçu à l'extérieur de la province de résidence;
- services d'une aide familiale;
- frais engagés strictement pour la pratique de sports;
- soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus en cas de blessure accidentelle aux dents naturelles;
- frais d'utilisation exigés par le régime provincial pour un service donné;
- traitements habituels reçus à l'extérieur de la province de résidence pour soigner une maladie ou une blessure survenue avant le départ de l'employé ou de la personne à charge;
- dépenses engagées à l'extérieur de la province de résidence si le bénéficiaire n'est pas couvert par un régime provincial;
- frais de médicaments en vente libre;
- traitement d'une dysfonction temporo-mandibulaire.

Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe

Aperçu

Le Régime d'avantages sociaux à la carte de Nortel offre trois options de soins dentaires, de la vue et de l'ouïe payés en totalité par la Société (régime de base, complet et supérieur). Vous pouvez choisir l'option qui vous convient le mieux, peu importe l'option d'assurance médicale que vous choisissez. Comme les soins dentaires, de la vue et de l'ouïe forment un tout, vous devez obligatoirement souscrire les trois couvertures ou y renoncer en bloc.

Vous pouvez choisir cette assurance :

- pour vous seulement;
- pour vous, vos enfants et les enfants de votre conjoint;
- pour vous et votre conjoint;
- pour vous et votre famille (votre *conjoint*, vos *enfants* et les enfants de votre conjoint).

Vous pouvez également renoncer à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

Options d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe

Le tableau ci-dessous résume les options en matière de soins dentaires, de la vue et de l'ouïe. Notez que les frais admissibles ne sont couverts que jusqu'aux niveaux *raisonnables et habituels* et que les soins dentaires sont fondés sur le barème d'honoraires actuel des dentistes de pratique générale. Les demandes de règlement doivent être soumises dans les 18 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés pour qu'elles soient admissibles.

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur
Soins dentaires			
<i>Franchise</i>	Aucune	Aucune	Aucune
Taux de remboursement des soins préventifs (p. ex. examens, nettoyages et applications de fluorure pour enfants)	100 %	100 %	100 %
Taux de remboursement des soins de restauration (p. ex. obturations, extractions)	80 %	80 %	90 %
Taux de remboursement des chirurgies buccales	Varie selon le type de service (voir la liste détaillée des soins dentaires).		
Taux de remboursement des soins d'endodontie (traitements radiculaires) et de parodontie (traitement des gencives et chirurgie périodontique)	80 %	80 %	90 %
Taux de remboursement des soins de restauration majeure (couronnes, ponts, prothèses)	s.o.	50 %	50 %

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur
Taux de remboursement des soins d'orthodontie (correction d'une malocclusion ou de l'alignement)	s.o.	50 %	50 %
Plafond annuel par personne (sauf l'orthodontie)	1 000 \$	2 000 \$	2 500 \$
Plafond viager de remboursement des frais d'orthodontie (par personne)	s.o.	2 000 \$	3 000 \$
<i>Barème des honoraires</i> des dentistes (dentistes de pratique générale)	Année courante	Année courante	Année courante
Soins de la vue			
Taux de remboursement des frais admissibles	s.o.	90 %	100 %
Plafond d'indemnisation pour chaque enfant à charge de moins de 19 ans par année civile, et pour chaque adulte, par période de deux années civiles	s.o.	200 \$	300 \$
Soins de l'ouïe			
Taux de remboursement des frais admissibles	80 %	90 %	100 %
Plafond d'indemnisation par personne, par période de deux ans	500 \$	750 \$	1 000 \$

Coût des options d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe

Le coût pour votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe dépend de l'option choisie et du *niveau de couverture des personnes à charge*. Pour obtenir de plus amples détails, accédez au site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 et à l'outil d'inscription en ligne (ou reportez-vous à votre feuille de calcul personnalisée).

Soins dentaires

Soins préventifs

Les soins préventifs (de base) englobent les procédures dont le but consiste à aider le dentiste à évaluer des conditions existantes, ainsi qu'à éliminer ou à réduire le besoin de soins dentaires futurs. Les soins couverts comprennent :

- Examens buccaux courants et diagnostic : examens bucco-dentaires complets (tous les 5 ans), examens buccaux de rappel (tous les 6 mois); examens buccaux spéciaux; plan de traitement; soins d'urgence mineurs; consultation; visite à domicile, visite dans un établissement et consultation au cabinet du dentiste.
- Épreuves et analyses de laboratoire : biopsie du tissu de la bouche, examens de la vitalité pulpaire.
- Radiographies (rayons X) – occlusales, interproximales (tous les 12 mois), extraorales; sialographie; utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions; radiographies temporo-mandibulaires, panoramiques (tous les 36 mois); périapicales (une série complète tous les 60 mois); interprétation de radiographies provenant d'une autre source; tomographie.
- Examens limités/de rappel une fois tous les 6 mois; polissage des dents plus 2 unités de détartrage et application topique de fluorure (pour enfants seulement) une fois tous les 6 mois (une unité de détartrage = traitement de 15 minutes).
- Résine pour scellement des puits et fissures pour les enfants à charge de moins de 19 ans.
- Mainteneurs d'espace pour les dents de lait tombées et certains appareils d'orthodontie préventive.
- Instructions d'hygiène buccale une fois à vie.
- Appareils destinés à supprimer certaines mauvaises habitudes.
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Soins de restauration

La restauration comprend les procédures de base dont le but consiste à restaurer les dents naturelles à leur état normal. Les soins couverts comprennent :

- Obturations de matière plastique : amalgame; résine acrylique ou composite; restauration transitoire d'incisives ou de canines cassées; couronnes en acier pour dents de lait.
- Incision chirurgicale : divers soins chirurgicaux.
- Services chirurgicaux : extractions sans complication; extractions; transplantations et réimplantations chirurgicales.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale : anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente (l'anesthésie générale et la sédation profonde sont couvertes avec tous les soins rendus aux enfants de moins de 19 ans).
- Réparations et ajustements : revêtements de porcelaine; scellement de couronne; réparation de prothèses (seulement); réparations de ponts; rebasage et regarnissage de prothèses.
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Parodontologie

Ces soins visent le diagnostic et le traitement des maladies des gencives, des tissus et des os qui soutiennent les dents. Les soins couverts comprennent :

- Périodontie (à l'exclusion des appareils parodontaux) : Soins non chirurgicaux; soins chirurgicaux; traitements post-chirurgicaux; équilibrage (jusqu'à concurrence de 6 unités par année civile); détartrage et surfaçage radiculaire (**jusqu'à concurrence de 10 unités par année civile, c'est-à-dire 4 unités de détartrage courant et 6 unités de détartrage complémentaire**).
- Soins chirurgicaux; ablation chirurgicale.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale : Anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente (l'anesthésie générale et la sédation profonde sont couvertes avec tous les soins rendus aux enfants de moins de 19 ans).
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Endodontie

Ces soins visent le diagnostic et les traitements radiculaires et pulpaire. Les soins couverts comprennent :

- Pulpotomie; traitement radiculaire; soins périapicaux; gingivoplastie; curetage; alvéolectomie, mise en place d'une bande d'isolement; dilatation des canaux ou de la pulpe; exérèse; limage et réimplantation; interventions d'urgence.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale : anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente (l'anesthésie générale et la sédation profonde sont couvertes avec tous les soins rendus aux enfants de moins de 19 ans).
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Restaurations dentaires d'envergure

Les soins couverts comprennent :

- Dentiers : dentiers complets et partiels; ajouts et ajustement des dentiers. (Les dentiers doivent avoir servi pendant au moins trois ans avant d'être remplacés.)
- Ponts : examens (examens buccaux, modèles d'étude); ponts fixes (dents pontiques, dents piliers et autres services prothétiques); anesthésie accompagnant une chirurgie buccale; travaux de laboratoire effectués au cabinet. (Les ponts fixes doivent avoir servi pendant au moins cinq ans avant d'être remplacés.)
- Couronnes :
 - Examens (examens buccaux, modèles d'étude).
 - Couronnes, incrustations avec et sans recouvrement (y compris les couronnes en or avec recouvrement de porcelaine lorsque d'autres matériaux ne conviennent pas). Les couronnes sont couvertes par le régime lorsqu'elles sont posées sur une dent dont les faces tranchantes ou triturantes sont endommagées. Une preuve du dommage (radiographie) doit accompagner la demande de règlement.
 - Aurification; incrustations métalliques; incrustations avec et sans recouvrement, composite; incrustations avec et sans recouvrement, porcelaine; incrustations avec et sans recouvrement, porcelaine/céramique; couronnes; autres soins de restauration; hémisection.

- Soins chirurgicaux (fractures, frénectomie, divers soins chirurgicaux).
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale (anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente et anesthésie pour enfants).
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.
- Injections d'antibiotique (prescrites par un dentiste).

Orthodontie

Ces soins comprennent le traitement et les fournitures nécessaires pour corriger les malocclusions dentaires (à l'exclusion de la dysfonction temporo-mandibulaire) pour les employés et les personnes à charge admissibles. Les soins couverts comprennent :

- Observation, ajustements : examens buccaux; radiographie céphalométrique; radiographie de la main et du poignet; intervention chirurgicale buccale reliée à l'orthodontie; exposition chirurgicale de dent, avec traitement orthodontique; observation, ajustements; réparations, modifications; guides d'éruption; appareils de rétention.
- Traitement complet.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale : anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente (l'anesthésie générale et la sédation profonde sont couvertes avec tous les soins rendus aux enfants de moins de 19 ans).
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Restrictions et exclusions

Lorsque plusieurs traitements sont possibles, le régime ne remboursera que les frais exigés pour le traitement le moins coûteux, dans la mesure où celui-ci est acceptable d'un point de vue professionnel. Si vous optez pour un traitement plus onéreux, vous devrez assumer la part des coûts non remboursée par le régime. Par exemple, le régime couvrira les implants dentaires, en accordant un remboursement partiel jusqu'à concurrence du montant que le régime aurait versé pour un autre service, comme la pose d'un pont.

Aucun remboursement n'est accordé pour ce qui suit :

- soins esthétiques;
- traitement d'une malocclusion ou soins d'orthodontie autres que ceux qui sont décrits ci-dessus;
- remplacement de mainteneurs d'espace, de prothèses dentaires ou d'appareils orthodontiques ou périodontiques perdus ou volés;
- reconstruction buccale et correction de la dimension verticale ou d'une dysfonction temporo-mandibulaire;
- prothèses fabriquées à un moment où le patient était couvert par le régime mais installées à un moment où il ne l'était plus;
- coûts liés au jumelage permanent;
- traitement d'une dysfonction temporo-mandibulaire.

Règlement des soins dentaires

À chaque soin ou traitement prodigué dans un cabinet dentaire correspond un code de l'acte établi par l'Association dentaire canadienne. Si les codes de l'Association ne sont pas en vigueur dans une province donnée, on utilisera alors les codes de l'acte équivalents figurant dans le barème des honoraires des dentistes de cette province. Dans ce document figurent les codes et les honoraires établis par l'association dentaire d'une province donnée pour les soins prodigués par des dentistes de pratique générale.

Le régime ne débourse que les montants recommandés par le barème d'honoraires en vigueur. Certains dentistes demandent des honoraires supérieurs à ceux du barème des honoraires de l'association dentaire provinciale de l'année courante. Si c'est le cas de votre dentiste, demandez-lui pourquoi ses honoraires sont supérieurs à ceux recommandés par l'association dentaire provinciale.

↳ **Résidents de l'Alberta : Puisque l'Association dentaire de l'Alberta n'a pas publié de barème d'honoraires depuis 1997, les niveaux de remboursement *raisonnables et habituels* sont déterminés en ajoutant le taux d'inflation annuel aux frais de 1997. Veuillez consulter le «Facteur d'inflation lié au barème d'honoraires dentaires en Alberta» sur le site Web du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 à la rubrique Autres renseignements – Documents relatifs aux avantages sociaux pour connaître le facteur d'inflation actuel qui servira à déterminer les niveaux de remboursement raisonnables et habituels en Alberta.**

Évitez les mauvaises surprises! Avant d'entreprendre des traitements dont le coût excède 200 \$, demandez à votre dentiste d'établir un plan de traitement et faites-le parvenir à la Financière Sun Life. Ainsi, vous connaîtrez, avant le début du traitement, le montant qui vous sera remboursé au titre du régime d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe que vous avez choisi.

Vous ne pouvez pas demander que le remboursement de vos soins dentaires soit remis directement à votre dentiste. Vous devrez plutôt payer les frais dentaires, puis en demander vous-même le remboursement à la Financière Sun Life. Il y aura une courte période d'attente entre le paiement des frais et leur remboursement, mais la période d'attente sera plus courte si vous faites une demande de virement de fonds auprès de la Financière Sun Life pour que le remboursement soit déposé directement dans votre compte bancaire. Des études récentes ont révélé que les frais facturés par les dentistes pour les services payés directement par le client sont inférieurs aux frais facturés pour les mêmes services lorsqu'ils sont payés par un tiers (compagnie d'assurances, par exemple). N'oubliez pas que votre dentiste peut toujours soumettre une demande de règlement par voie électronique à la Financière Sun Life aux fins d'évaluation.

Soins de la vue

Les soins de la vue sont couverts par le régime **complet** et le régime **supérieur** seulement. Aucune couverture n'est offerte dans le cadre du régime de **base**. Les taux de remboursement et les plafonds fixés pour tous les services combinés et la fréquence de prestation varient selon les régimes et sont indiqués dans le tableau des «Options des soins dentaires/de la vue/de l'ouïe» (page 43).

Lunettes et verres de contact

Le régime remboursera les dépenses engagées pour l'achat et la réparation de lunettes, de lunettes de soleil et de verres de contact nécessaires à la correction de la vue lorsqu'elles sont prescrites par un optométriste ou un ophtalmologiste.

Examens de la vue

Le régime remboursera les honoraires ou la partie des honoraires demandés pour un examen de la vue fait par un ophtalmologiste ou un optométriste, qui ne sont pas couverts par votre régime provincial.

Le saviez-vous? Nous avons conclu une entente de services à tarifs préférentiels avec le réseau Services de soins de la vue PVS Inc. Vous pouvez vous y procurer des produits de qualité et bénéficier d'une réduction pouvant atteindre 20 % sur le coût des montures, des verres de prescription et des traitements effectués aux lentilles offerts dans les succursales participantes. Pour obtenir d'autres renseignements, communiquez avec PVS au 1 800 668-6444.

✉ **Certaines provinces ont restreint la couverture des examens de la vue à une fois par deux ans ou même, ont éliminé ce service, comme c'est le cas en Ontario. Votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe couvrira un examen de la vue par année civile, si un examen n'est pas couvert sous votre régime provincial au cours de l'année dont il est question.**

Chirurgie oculaire au laser

Le régime couvre ce type de chirurgie en fonction du taux de remboursement et des plafonds annuels fixés pour la couverture que vous aurez choisie, à savoir le régime complet ou le régime supérieur. Veuillez toutefois noter que les plafonds fixés par personne et par période de deux années civiles continueront de s'appliquer et ne couvriront pas tous les coûts de la chirurgie. Cependant, si vous avez des crédits inutilisés, vous pouvez les verser au *compte de remboursement des soins de santé (CRSS)*, puis utiliser ce compte pour demander le remboursement de la portion impayée de la chirurgie. Vous pouvez aussi déclarer ces coûts comme frais médicaux dans votre déclaration de revenus.

Soins de l'ouïe

Le régime remboursera l'achat et la réparation de prothèses auditives (à l'exception du coût des piles), jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le tableau des options des soins dentaires/de la vue/de l'ouïe (page 43).

Compte de remboursement des soins de santé

Aperçu

Le compte de remboursement des soins de santé (CRSS) peut vous aider à réduire votre impôt. Grâce à ce compte, vous mettez de côté de l'argent avant impôt qui servira au remboursement de vos frais de soins de santé admissibles. Si vous habitez au Québec, les montants remboursés sont toutefois assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.

Le relevé des demandes de règlement et autres renseignements fournis par la Financière Sun Life indiqueront le terme «compte de remboursement des soins de santé». Les termes «compte de remboursement des soins de santé» et «compte de remboursement de santé» sont interchangeables.

Lorsque vous choisissez votre couverture facultative dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, il est possible qu'il vous reste des *crédits*. Exemple : vous pouvez décider de ne choisir aucune couverture facultative de l'assurance médicale ou de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe puisque vous en avez suffisamment dans le cadre du régime de votre conjoint. Si c'est le cas, vous pouvez verser vos crédits inutilisés dans le CRSS et les utiliser plus tard pour régler certains frais de soins de santé qui ne sont pas remboursés par le régime de votre conjoint. Après avoir déboursé pour des dépenses admissibles, ces frais admissibles peuvent vous être remboursés à partir du compte de remboursement des soins de santé. L'Agence du revenu du Canada (ARC) ne vous permet pas de contribuer votre propre argent au compte de remboursement des soins de santé.

Vous avez la possibilité, soit de verser vos crédits inutilisés dans un compte de remboursement des soins de santé, soit de les recevoir en rémunération imposable, mais pas une combinaison des deux possibilités. Le montant minimum que vous pouvez verser au compte est de 1 \$ par période de paie. Si vous n'indiquez pas où vous voulez placer les crédits inutilisés pendant la période de souscription annuelle ou lorsqu'un *événement admissible* survient, et que vous n'êtes pas actuellement inscrit au compte de remboursement des soins de santé, vos crédits seront automatiquement reportés en tant que salaire imposable.

Caractéristiques uniques du compte de remboursement des soins de santé

- Les crédits que vous utilisez pour régler vos frais de soins de santé ne sont pas imposables, ce qui en augmente le pouvoir d'achat (à un degré moindre au Québec). Pour en savoir plus, reportez-vous à la rubrique «Considérations fiscales» à la page 76.
- Vous pouvez obtenir le remboursement des frais de soins de santé qui sont déductibles de votre revenu imposable en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), des règlements afférents et des bulletins d'interprétation. Les soins de santé admissibles sont beaucoup plus nombreux que ceux qui sont couverts par les quatre niveaux de couverture (régimes de base, complet, supérieur et de choix) du Régime d'avantages sociaux à la carte.
- Vos demandes de règlement peuvent porter en tout temps sur la valeur totale des crédits alloués pour l'année en cours – même si les crédits sont versés progressivement à chaque paie à votre compte de remboursement des soins de santé.
- Vous pouvez demander le règlement de frais admissibles engagés pour vous-même, votre conjoint et les personnes à votre charge, qui dépendent de vous financièrement, tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu. Les personnes à votre charge peuvent notamment comprendre des parents qui dépendent financièrement de vous ou d'autres personnes à charge.
- Vous pouvez obtenir le remboursement des franchises et des *quotes-parts* et de tout montant exigé en sus du niveau de remboursement payé par la Société dans le cadre du Régime des avantages sociaux à la carte.

Le cas échéant, faites une demande de règlement au régime de votre conjoint avant d'utiliser les crédits versés dans le compte de remboursement des soins de santé.

Comment les avantages fiscaux m'aident-ils?

Supposons que vous avez des *crédits* inutilisés de 150 \$. Si vous choisissez de recevoir ces crédits en tant que salaire supplémentaire, ils seront imposables. **Par exemple, si votre tranche d'imposition est de 30 %, vous devrez verser environ 45 \$ au fisc et recevrez 105 \$.**

Par contre, si vous déposez ce montant de 150 \$ dans votre compte de remboursement des soins de santé, vous pourrez l'utiliser pour vous faire rembourser certains soins de santé sans avoir à payer d'impôt sur ce montant. Vous utiliserez donc vos crédits à bon escient. Vous optimisez ainsi le pouvoir d'achat de vos crédits avec efficacité du point de vue fiscalité.

👉 **Au Québec, les frais remboursés par le compte de remboursement des soins de santé (CRSS) sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.**

Règlements spéciaux

Si vous n'utilisez pas vos crédits, vous devrez y renoncer

L'Agence du revenu du Canada (ARC) permet que les crédits soient exonérés d'impôt seulement s'ils sont offerts dans le cadre d'un régime privé d'assurance-maladie. Il faut également que les dispositions du régime soient assorties d'un élément de risque. Il s'agit en l'occurrence de l'utilisation des crédits ou des frais médicaux. L'Agence du revenu du Canada autorise les participants à un compte de remboursement des soins de santé à reporter à l'année suivante, soit leurs crédits, soit leurs frais. Le régime de la Société prévoit le report des frais.

Une fois que vous aurez établi un compte, vous ne pourrez modifier le montant des crédits qui y sont affectés avant la période d'inscription annuelle suivante. Seul un événement admissible vous permet de déroger à cette règle.

En ce qui a trait aux frais engagés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une année particulière, au cours de laquelle le Régime d'avantages sociaux à la carte est en vigueur, les demandes de remboursement des crédits versés au compte de remboursement des soins de santé peuvent être présentées jusqu'au 31 mars de l'année suivante. Vous devrez renoncer aux crédits qui vous ont été alloués pour une année précise et que vous n'aurez pas utilisés au 31 mars de l'année suivante.

L'Agence du revenu du Canada ne permet pas d'encaisser les crédits inutilisés.

Si vous avez un compte de remboursement des soins de santé, que vous signalez un événement admissible et que vous ouvrez à nouveau un compte de remboursement des soins de santé, vous disposez de 31 jours pour utiliser les crédits restants du compte de remboursement des soins de santé que vous aviez auparavant.

Report à l'année suivante des frais admissibles

Si le montant des frais remboursables engagés au cours d'une année particulière excède celui des crédits versés dans le compte, vous avez la possibilité de reporter à l'année suivante les frais pour lesquels vous n'avez pas été remboursé. Ces frais peuvent vous être remboursés à même les crédits versés à votre compte de remboursement des soins de santé pour l'année suivante. De cette manière, vous pouvez déterminer le montant de crédits inutilisés qui doit être versé à votre compte de remboursement des soins de santé afin d'acquitter les frais non payés de l'année précédente.

Exemple de report des frais à l'année suivante :

Première année	
Frais admissibles dans le compte de remboursement des soins de santé	150 \$
<i>Moins</i>	
Crédits versés dans le compte de remboursement des soins de santé	125 \$
<i>Égal à</i>	
Frais non remboursés	25 \$
Deuxième année	
Frais admissibles non remboursés de la première année	25 \$
<i>Plus</i>	
Frais potentiellement admissibles de la deuxième année	100 \$
<i>Égal à</i>	
Montant des crédits pouvant être versés dans le compte de remboursement des soins de santé	125 \$

Dépenses admissibles

Vous pouvez régler, au moyen du compte de remboursement des soins de santé, les frais «remboursables» en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Les frais remboursables comprennent les franchises et les quotes-parts. L'Agence du revenu du Canada ne permet pas le remboursement de certains types de dépenses, par exemple les frais d'adhésion à un centre de santé et les frais liés aux humidificateurs et aux bains à remous. Pour obtenir une liste complète des frais admissibles, consultez le site Web www.cra-arc.gc.ca ou demandez un exemplaire de la publication IT519R2-CONSOLID, Crédit d'impôt pour frais médicaux et pour personnes handicapées et déduction pour frais de préposé aux soins.

Considérations fiscales

De plus, si vous obtenez le remboursement de frais de soins de santé par le compte de remboursement des soins de santé, vous ne pouvez pas déduire des crédits d'impôt pour frais médicaux à l'égard de ces mêmes frais lorsque vous produisez votre déclaration d'impôt fédéral sur le revenu.

Au Québec : À l'heure actuelle, les lois fiscales du Québec considèrent les montants remboursés par un compte de remboursement des soins de santé comme un revenu imposable au niveau provincial. Cependant, le compte de remboursement des soins de santé demeure un élément intéressant de vos avantages sociaux, car vous ne payez aucun impôt fédéral sur les remboursements qui en proviennent.

À l'extérieur du Québec : Si vous avez des frais qui pourraient être remboursés par le compte de remboursement des soins de santé, il pourrait être plus avantageux sur le plan fiscal d'affecter vos crédits inutilisés au compte de remboursement des soins de santé que de toucher ces crédits en rémunération imposable. Il serait sage de consulter un conseiller fiscal avant de prendre votre décision.

Assurance-vie

L'assurance-vie contribue à assurer la protection financière de la famille de l'employé si celui-ci décède. Vous recevrez automatiquement une couverture de base égale au montant de votre *salaire annuel*, versé en entier par Nortel.

Vous pouvez augmenter votre couverture de base en souscrivant une assurance-vie facultative au moyen de retenues après impôt. Vous pouvez également souscrire une couverture facultative pour vous-même, votre *conjoint* et vos *enfants à charge* admissibles.

Assurance-vie de base

La couverture de base verse à votre *bénéficiaire* des prestations équivalentes au montant de votre salaire annuel, arrondi au millier de dollars le plus près, si vous décédez pendant la période où votre couverture est en vigueur. Exemple : si votre salaire annuel s'élève à 60 300 \$, votre couverture de base s'élèvera à 61 000 \$.

À partir du 1^{er} janvier 2005, la prime mensuelle de l'assurance-vie de base sera de 0,35 \$ par 1 000 \$ de couverture. À l'heure actuelle, Nortel verse la prime de l'assurance-vie de base de l'employé et ce dernier verse le montant des avantages fiscaux établi en fonction du taux et du montant de la couverture.

Si vous êtes toujours en service au 1^{er} janvier de l'année suivant votre 65^e anniversaire de naissance, le montant de votre assurance-vie de base sera réduit de moitié. Au moment de votre retraite, vous pouvez profiter de l'assurance-vie des retraités selon le régime que vous avez choisi dans le cadre du Programme de retraite et d'accumulation de capital.

Si vous quittez Nortel, vous avez le choix de convertir votre couverture en contrat d'assurance individuel dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi. Reportez-vous à la rubrique Option de conversion à la page 58 pour obtenir de plus amples renseignements.

Assurance-vie facultative de l'employé

Vous pouvez souscrire, à vos frais, une assurance-vie complémentaire si vous le jugez nécessaire. Le montant de la couverture d'assurance-vie facultative correspond à un multiple de votre salaire.

- une fois votre salaire;
- deux fois votre salaire;
- trois fois votre salaire;
- quatre fois votre salaire (*preuve d'assurabilité exigée*);
- cinq fois votre salaire (*preuve d'assurabilité exigée*).

Le montant maximal de votre assurance-vie de base plus la couverture facultative est de 3 millions de dollars.

La tarification de l'assurance-vie facultative est établie en fonction de votre sexe, de votre âge au 31 décembre de l'année du régime, du fait que vous êtes fumeur ou non-fumeur et du capital assuré. Reportez-vous à la rubrique «Coûts de l'assurance-vie facultative» à la page 54.

Détermination du montant de votre couverture

Le capital assuré dans le cadre de la couverture d'assurance-vie de base équivaut à votre *salaire*, arrondi au millier de dollars supérieur. Pour calculer le montant de votre couverture d'assurance-vie facultative, multipliez votre salaire par le multiple que vous avez choisi. Si le résultat n'est pas un multiple de mille, arrondissez-le au millier de dollars supérieur. Voici l'exemple d'une personne dont le salaire annuel s'élève à 60 300 \$:

Multiple	Indemnité	Capital d'assurance-vie
1 fois le salaire =	60 300 \$	61 000 \$
2 fois le salaire =	120 600 \$	121 000 \$
3 fois le salaire =	180 900 \$	181 000 \$
4 fois le salaire =	241 200 \$	242 000 \$
5 fois le salaire =	301 500 \$	302 000 \$

L'assurance-vie facultative prend fin au moment de votre départ à la retraite ou le 31 décembre de l'année de votre 65^e anniversaire de naissance, selon le premier événement. Il est possible de transformer votre police d'assurance-vie de l'employé en police individuelle dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi ou de votre retraite. Le montant maximum que vous pouvez convertir pour chacune des assurances-vie de base et facultative est le moindre de ces deux montants : le montant de votre couverture lorsque vous avez quitté Nortel ou 200 000 \$.

Assurance-vie facultative des personnes à charge

Protection pour votre conjoint

Vous pouvez souscrire une assurance-vie pour votre *conjoint* dans les montants suivants :

- 10 000 \$
- 25 000 \$
- 50 000 \$
- 100 000 \$
- 150 000 \$
- 200 000 \$
- 250 000 \$
- 300 000 \$
- 350 000 \$
- 400 000 \$
- 450 000 \$
- 500 000 \$

Si le montant de la couverture du conjoint dépasse les 50 000 \$, une *preuve d'assurabilité* est exigée.

Le coût sera fonction du sexe de votre conjoint, de l'âge de votre conjoint à la date du 31 décembre de l'année du régime, du fait que votre conjoint fume ou non et du montant de la couverture choisie pour votre conjoint. Reportez-vous à la rubrique «Coûts de l'assurance-vie facultative» ci-dessous.

Si votre *conjoint* et vous travaillez tous les deux pour Nortel, vous pouvez souscrire l'assurance-vie à titre d'employé ou de personne à charge, mais non les deux en même temps. De plus, un seul d'entre vous peut inscrire vos enfants admissibles à titre de personnes à charge.

Protection pour vos enfants

Vous pouvez souscrire une assurance-vie pour vos *enfants* dans les montants suivants :

- 5 000 \$
- 10 000 \$
- 15 000 \$
- 20 000 \$
- 25 000 \$

Coûts de l'assurance-vie facultative

Employé et conjoint

La tarification de l'assurance-vie facultative pour vous et votre conjoint est établie en fonction du sexe, de l'âge au 31 décembre de l'année du régime et du fait que l'assuré fume ou non. Vous et votre conjoint êtes admissibles à la tarification de non fumeur si vous et votre conjoint n'avez pas fait usage de produits du tabac depuis 12 mois consécutifs.

Nortel n'exige aucune preuve de votre statut de non-fumeur, mais s'il était constaté que vous fumez et que vous versez une prime de non-fumeur, vous ou vos bénéficiaires pourriez perdre tout droit à des prestations. Vous et votre conjoint êtes admissibles à la tarification de non-fumeur si vous n'avez pas fait usage de produits dutabac depuis 12 mois consécutifs. La même règle s'applique à votre conjoint. Si vous commencez ou recommencez à fumer, vous devez en aviser immédiatement les Services au personnel à l'échelle mondiale n'importe quand au cours de l'année.

Les primes d'assurance-vie facultative de l'employé seront rétablies en 2005 à la suite d'une interruption de trois ans du paiement de la prime. Les taux de la prime d'assurance-vie facultative subiront une légère hausse en 2005 afin de tenir compte de l'évolution des demandes de règlement et des changements apportés à la composition de notre effectif. Pour rendre cette hausse moins douloureuse, le paiement des primes pour l'assurance-vie facultative de l'employé sera introduit graduellement sur une période de deux ans; vous ne paierez donc que 50 % de la prime requise en 2005 et 100 % à compter de 2006.

Vous trouverez dans l'outil d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte le coût des primes d'assurance-vie facultative pour vous et votre *conjoint*. Si vous n'avez pas accès à l'intranet, vous pouvez calculer le coût de la prime de l'assurance-vie facultative à l'aide du présent tableau. Chaque taux indiqué représente le coût pour une protection d'une valeur de 1 000 \$.

Votre âge / Âge du conjoint au 31 déc. 2005	Fumeur				Non-fumeur			
	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme	Femme
	Par mois	Aux deux semaines	Par mois	Aux deux semaines	Par mois	Aux deux semaines	Par mois	Aux deux semaines
Moins de 25 ans	0,0690 \$	0,0318 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0299 \$	0,0138 \$
25-29	0,0690 \$	0,0318 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0299 \$	0,0138 \$
30-34	0,0782 \$	0,0361 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0299 \$	0,0138 \$
35-39	0,0886 \$	0,0409 \$	0,0690 \$	0,0318 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$
40-44	0,1369 \$	0,0632 \$	0,0978 \$	0,0451 \$	0,0782 \$	0,0361 \$	0,0587 \$	0,0271 \$
45-49	0,2542 \$	0,1173 \$	0,1472 \$	0,0679 \$	0,1369 \$	0,0632 \$	0,0978 \$	0,0451 \$
50-54	0,4106 \$	0,1895 \$	0,2346 \$	0,1083 \$	0,2450 \$	0,1131 \$	0,1472 \$	0,0679 \$
55-59	0,6647 \$	0,3068 \$	0,3715 \$	0,1714 \$	0,3910 \$	0,1805 \$	0,2542 \$	0,1173 \$
60-65	0,9580 \$	0,4421 \$	0,5083 \$	0,2346 \$	0,5670 \$	0,2617 \$	0,3623 \$	0,1672 \$

Exemple : Supposons qu'Hélène a un conjoint âgé de 37 ans qui ne fume pas. Elle souscrit pour lui un capital d'assurance-vie de 100 000 \$. Hélène touche une paie toutes les deux semaines.

$$0,0180 \$ (\text{à partir du tableau}) \times (100\,000 \$ \div 1\,000 \$) = 1,80 \$ \text{ toutes les deux semaines}$$

Enfants

En 2005, le coût est de 0,475 \$ par tranche de 5 000 \$ pour que tous vos *enfants* admissibles bénéficient d'une protection. Par exemple, si vous choisissez une protection de 25 000 \$, votre coût est de :

$$0,475 \$ \times (25\,000 \$ \div 5\,000 \$) = 2,38 \$ \text{ par mois}$$

$$2,38 \$ \times (12 \div 26) = 1,10 \$ \text{ par paie (à raison de 26 périodes de paie)}$$

N'oubliez pas que vous ne paierez que 50 % de la prime de la couverture facultative des employés en 2005.

Preuve d'assurabilité

Lorsque vous souscrivez l'assurance-vie facultative pour la première fois ou lorsque vous désirez augmenter votre capital assuré, la Financière Sun Life peut vous demander de fournir une preuve d'assurabilité. C'est ce qu'on appelle fournir une preuve d'assurabilité. Pour soumettre une preuve d'assurabilité, vous devez remplir un petit questionnaire médical. Le formulaire utilisé est appelé formulaire de déclaration d'état de santé. Il est important de remplir le formulaire entièrement et correctement, puis de le renvoyer à la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant la date de l'avis relatif à l'*événement admissible*.

⚠ Le fait de produire une preuve d'assurabilité ne garantit pas que votre couverture d'assurance-vie sera nécessairement augmentée. La Financière Sun Life vous fera parvenir un avis d'acceptation ou de refus de votre demande.

Il est possible que votre *conjoint* et vous deviez fournir une preuve d'assurabilité, selon le montant de la couverture demandée. Vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour souscrire une assurance-vie facultative des personnes à charge pour vos enfants.

La Financière Sun Life peut décider qu'elle a besoin de plus amples renseignements avant d'approuver votre demande. En pareil cas, l'assureur pourrait vous demander, ainsi qu'à votre conjoint, s'il y a lieu, de fournir des renseignements médicaux supplémentaires ou de subir un examen médical. Si une telle demande est faite, vous disposez de 60 jours à compter de la date de la demande pour accomplir cette formalité. Si vous ne fournissez pas ces renseignements dans un délai de 60 jours, aucune suite ne sera donnée à votre demande. Les nouvelles couvertures au titre de l'assurance-vie facultative de l'employé et de l'assurance-vie facultative du conjoint n'entreront en vigueur que lorsque les renseignements médicaux auront été acceptés comme preuve d'assurabilité et que votre demande aura été approuvée.

Pendant le processus d'évaluation, vous et votre conjoint conservez votre couverture actuelle jusqu'à ce que la couverture demandée soit autorisée. Si votre demande est refusée, votre couverture actuelle sera maintenue. Si la couverture demandée est autorisée, elle entrera en vigueur à la date d'approbation.

Pendant la période d'inscription annuelle

Vous devrez fournir une preuve d'assurabilité si vous désirez augmenter la couverture actuelle de votre assurance-vie facultative de l'employé.

Vous devrez fournir une preuve d'assurabilité pour votre conjoint si vous n'avez pas choisi pour lui l'assurance-vie facultative du conjoint dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, ou si vous souhaitez porter le capital assuré de votre conjoint à plus de 50 000 \$.

Si vous avez accès à intranet, vous devez télécharger le formulaire de déclaration d'état de santé à partir du site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 et l'envoyer à la Financière Sun Life accompagné de votre relevé de confirmation (à imprimer). Si vous n'avez pas accès à intranet, vous recevrez par la poste le formulaire de déclaration d'état de santé accompagné du relevé de confirmation. Vous devez renvoyer les formulaires dûment remplis à la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant le début de l'année du régime, c'est-à-dire avant le 31 janvier.

Si vous êtes un nouvel employé

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité si vous êtes un nouvel employé et que vous voulez une couverture d'assurance-vie de base de plus de 600 000 \$.

Vous devez produire une preuve d'assurabilité pour l'assurance-vie facultative de l'employé si vous choisissez un montant équivalant à quatre ou cinq fois votre *salairé*, si le montant total est égal ou supérieur à un million de dollars ou si vous n'avez pas soumis vos choix dans les 31 jours suivant la date de votre embauche.

Si vous choisissez l'assurance-vie facultative du conjoint, vous n'avez pas à produire une preuve d'assurabilité si le montant choisi est égal ou inférieur à 50 000 \$, à condition que vous choisissiez cette protection dans les 31 jours suivant la date de votre embauche.

Vous devez soumettre le formulaire à la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous faites vos choix de nouvel employé.

Si vous avez un événement admissible

Vous devez produire une preuve d'assurabilité pour l'assurance-vie facultative de l'employé :

- si vous désirez augmenter le capital assuré de plus d'un niveau;
- si vous demandez un montant équivalant à quatre ou cinq fois votre salaire ou si le capital assuré total est égal ou supérieur à un million de dollars.

De plus, votre conjoint doit produire une preuve d'assurabilité si vous voulez porter la couverture de l'assurance-vie facultative du conjoint à un montant supérieur à 50 000 \$.

Vous devez soumettre le formulaire à la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous faites vos choix relatifs à l'événement admissible.

Désignation du bénéficiaire

Le capital souscrit dans le cadre de l'assurance-vie de base et facultative de l'employé est versé au bénéficiaire désigné. À moins d'indication contraire de votre part, la Société tiendra pour acquis que les personnes désignées comme *bénéficiaires* de votre assurance-vie de base sont également les bénéficiaires de votre assurance-vie facultative, de votre assurance-décès et mutilation accidentels facultative et de votre assurance-accident de voyages d'affaires. Le ou les bénéficiaires inscrits à votre dossier demeurent en vigueur tant que vous ne remplissez pas un nouveau «Formulaire de désignation de bénéficiaire, assurance-vie de l'employé, assurance-décès et mutilation accidentels et assurance-accident de voyages d'affaires». Si vous souscrivez une assurance-vie pour la première fois ou désirez changer de bénéficiaire, les formulaires sont disponibles sous la rubrique «**Autres renseignements**» sur le site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005.

Il existe deux types de désignation de bénéficiaire :

- La désignation «**révocable**» peut être modifiée en tout temps, sans le consentement du bénéficiaire désigné.
- Par opposition, la désignation «**irrévocable**» accorde certains pouvoirs à votre bénéficiaire et vous interdit d'en désigner un autre sans son consentement écrit.

Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire au titre de l'assurance-vie de base ou facultative, le capital assuré sera versé à votre succession. Vous devriez donc penser à modifier votre désignation de bénéficiaire durant la période d'inscription annuelle ou lorsqu'un événement admissible survient dans votre vie, par exemple la naissance d'un enfant ou un changement dans votre état civil.

Vous devenez automatiquement bénéficiaire de l'assurance-vie facultative des personnes à charge que vous avez souscrite, c'est-à-dire la couverture du conjoint et des enfants, dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte.

↳ **Au Québec, certaines désignations de bénéficiaire sont automatiquement réputées irrévocables. Communiquez avec la Financière Sun Life afin de déterminer si la disposition d'irrévocabilité s'applique à votre désignation de bénéficiaire.**

Option de conversion

Si vous quittez votre emploi, vous avez le droit de convertir votre assurance-vie de base et votre assurance-vie facultative actuelles en un contrat individuel sans devoir présenter une *preuve d'assurabilité*. Vous pouvez convertir votre niveau de couverture actuel jusqu'à concurrence d'un montant de conversion maximal de 200 000 \$ pour chacune des couvertures d'assurance-vie de base et d'assurance-vie facultative. Vous devez souscrire une police individuelle et payer la prime du premier mois dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi (période de conversion). Si vous décédez au cours de la période de conversion, votre bénéficiaire recevra les prestations payables en vertu de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative (le cas échéant) même si vous n'avez pas fait la demande d'un contrat individuel.

Si vous quittez la Société, vous devez évaluer vos besoins relativement à la conversion à une police d'assurance-vie individuelle. Si vous souffrez de troubles médicaux qui pourraient vous rendre inadmissible à une autre police d'assurance ou faire en sorte que vous ne puissiez bénéficier de la même protection au titre du régime de votre nouvel employeur, il peut être préférable de vous prévaloir de l'option de conversion. Le coût de votre nouvelle assurance sera calculé en fonction des primes en vigueur pour une personne de votre âge. Le type de la police individuelle qui sera offert, ses modalités et la tarification sont déterminés par la Financière Sun Life indépendamment du contrat collectif qui couvre le Régime d'avantages sociaux à la carte. Vous pouvez imprimer un «Formulaire d'avis de conversion» à partir du site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005. Consultez la rubrique «**Autres renseignements – Formulaire du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005**». Pour de plus amples renseignements relatifs à la conversion, veuillez communiquer avec la Financière Sun Life au 1 800 786-5433.

Vous pouvez également convertir votre assurance-vie facultative des personnes à charge pour votre *conjoint* à un contrat individuel sans devoir présenter une preuve d'assurabilité. Le montant que vous pouvez convertir est le niveau actuel de couverture de votre conjoint, jusqu'à concurrence d'un montant de 200 000 \$. Dans ce cas-ci, votre conjoint doit également souscrire une police individuelle et payer la prime du premier mois dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi (période de conversion). Si votre conjoint décède au cours de la période de conversion, le régime de la Société vous versera les prestations payables en vertu de l'assurance-vie facultative de votre conjoint. Aucune option de conversion n'est offerte pour l'assurance-vie des personnes à charge pour vos enfants.

Restrictions et exclusions

Aucune indemnité n'est versée au titre de l'assurance-vie facultative de l'employé et des personnes à charge dans le cas d'un décès directement ou indirectement attribuable à un suicide, que l'assuré ait été sain d'esprit ou non. Cette exclusion ne s'applique que dans les deux années consécutives à la date d'entrée en vigueur de l'assurance-vie facultative de l'employé et des personnes à charge.

Aucune indemnité n'est versée dans le cas du décès d'un enfant à charge qui survient dans les 24 heures suivant sa naissance.

L'assurance-vie de base et l'assurance-vie facultative de l'employé et des personnes à charge ne comportent aucune exclusion relative aux actes de guerre ou de terrorisme.

Programme d'aide aux employés

Vous et vos personnes à charge admissibles bénéficiez automatiquement et gratuitement du Programme d'aide aux employés (PAE) et des Services de travail-famille. Vous n'avez pas à vous inscrire à cet avantage.

FGI offre la prestation des services de PAE ainsi que les Services de travail-famille. Ces services comprennent des conseils d'expert et l'accès à la recherche et au recours des services aux enfants et aux aînés, des conseils juridiques et financiers, l'éducation, etc.

Vous avez accès à des ressources en ligne offrant des conseils, des hyperliens utiles, des outils d'évaluation, des demandes de services, etc. Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur le counseling lié au Programme d'aide aux employés ou sur d'autres services de travail-famille, visitez le site Web FGI à l'adresse www.fgiworldmembers.com. Lorsque la page s'affiche, vous devez entrer le nom d'utilisateur (nortel) et le mot de passe (networks). Vous pouvez aussi communiquer avec FGI en composant le 1 888 859-5263 (anglais) ou le 1 888 859-5256 (français).

Qu'arrive-t-il si :

Qu'arrive-t-il si un événement admissible survient?

Au cours de l'année du régime

Vous pouvez modifier votre choix d'avantages entre les *périodes d'inscription annuelle* si un événement admissible survient dans votre vie. Il vous incombe d'en aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant l'événement.

On entend par «événement admissible» un changement dans votre situation personnelle qui a une incidence sur la couverture dont vous avez besoin et qui vous donne le droit de modifier vos choix dans les 31 jours qui suivent ce changement, en dehors de la période d'inscription annuelle. Les événements admissibles comprennent, entre autres, ce qui suit :

- mariage ou union civile (résidents du Québec seulement) ou cohabitation depuis 12 mois sans interruption avec un conjoint non marié, de même sexe ou de sexe opposé;
- divorce, séparation légale, dissolution d'une union civile (résidents du Québec seulement) ou rupture de l'union de fait;
- naissance, adoption ou changement dans la garde d'un enfant à charge;
- perte d'emploi, nouvel emploi ou changement de statut d'emploi de votre conjoint ayant une incidence sur la couverture;
- changement pour ce qui est de l'admissibilité d'un enfant en tant que personne à charge;
- décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

Le fait d'être frappé d'incapacité ne constitue pas un événement admissible.

Lorsqu'un événement admissible survient au cours de l'année, vous pouvez inscrire des personnes à charge ou annuler leur inscription et modifier votre couverture selon le type d'événement admissible.

Si un événement admissible survient, vous devez vous assurer que toutes les personnes à charge que vous voulez couvrir dans le cadre du Régime des avantages sociaux à la carte sont inscrites dans l'Outil d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte de Nortel. **Toute nouvelle personne à charge ne sera pas automatiquement ajoutée à votre assurance médicale ou à votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, même si vous êtes déjà inscrit à une assurance des personnes à charge.** Vous devez prendre les mesures nécessaires pour vous assurer qu'elles sont inscrites.

- Communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale pour inscrire votre événement admissible.
- Vous devez remplir les formalités nécessaires dans les 31 jours suivant cet événement si vous souhaitez modifier les renseignements sur les personnes à votre charge ou changer votre couverture dans le cadre du Régime des avantages sociaux à la carte.
- Si vous n'avez pas accès à intranet, les Services aux employés à l'échelle mondiale vous fourniront les formulaires et les procédures nécessaires pour inscrire l'événement admissible.

- Si vous avez accès à intranet, consultez l'outil d'inscription sur la page d'accueil du site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 pour mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge et pour modifier votre couverture en fonction de *l'événement admissible*.
 - Vérifiez si les modifications que vous avez apportées sont exactes. Si c'est le cas, vous pouvez accepter en ligne l'attestation exigée pour valider l'information relative à l'événement admissible.
- ✉ **N'oubliez pas de désigner un bénéficiaire pour votre assurance-vie. Il est important de désigner la personne qui touchera le capital d'assurance si vous décédez. Sinon, votre famille risque de rencontrer des obstacles juridiques qui retarderont le versement de l'indemnisation.**

Si vous respectez la marche à suivre ci-dessus, les modifications entreront en vigueur à la date de l'événement, sauf dans le cas d'une adoption. Dans ce cas, l'enfant sera couvert à partir du moment où il deviendra légalement une personne à votre charge. Toute couverture d'assurance-vie pour laquelle vous devez fournir une *preuve d'assurabilité* entrera en vigueur à la date d'approbation précisée par la Financière Sun Life.

Vous devez modifier vos avantages sociaux en fonction de l'événement admissible. Par exemple, dans le cas d'un nouveau-né, vous pouvez inscrire celui-ci dans le cadre de l'assurance médicale ou de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et souscrire l'assurance-vie facultative des personnes à charge.

Si vous avez un *compte de remboursement des soins de santé*, que vous signalez un événement admissible et que vous ouvrez à nouveau un compte de remboursement des soins de santé, vous disposez de 31 jours pour utiliser les crédits restants du compte de remboursement des soins de santé que vous aviez auparavant.

Entre l'inscription annuelle et le 1^{er} janvier

Si vous devez modifier vos choix dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte en raison d'un événement admissible survenu après avoir effectué vos choix pour l'inscription annuelle, mais avant le 1^{er} janvier, vous devez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale et les informer de l'événement admissible.

Vous devrez également vous inscrire de nouveau. Un représentant des Services au personnel à l'échelle mondiale lancera le processus en ligne et vous fournira des directives relatives à la réinscription pour l'année à venir. Vous recevrez un courriel (si vous avez accès à intranet) des Services au personnel à l'échelle mondiale ou une lettre (si vous n'avez pas accès à intranet) vous apportant de plus amples renseignements relativement à ce processus spécial d'inscription.

Qu'arrive-t-il si votre salaire change?

Si votre salaire change en cours d'année, le montant des retenues salariales, des *crédits* ou des coûts de votre couverture facultative sera maintenu. Toutefois, si vous décédez ou êtes frappé d'incapacité, le montant des prestations versées au titre de l'assurance-vie et de l'assurance-incapacité sera calculé en fonction du *salaire* que vous touchiez au moment de l'événement.

Le salaire correspond généralement au salaire de base que vous recevez de Nortel. Si vous êtes admissible aux primes d'intéressement, votre salaire comprend votre salaire de base et les intéressements ciblés tels que définis chaque année par la Société.

Pour 2005, les calculs servant à établir vos *crédits* et les primes de la couverture liée au *salaire* seront fondés sur votre *salaire* au 24 septembre 2004. Si vous avez été embauché après le 24 septembre 2004, votre salaire sera le salaire versé au moment de votre embauche.

Si vous travaillez à temps partiel, le montant des crédits fournis par la Société sera calculé de la même façon que pour les employés à plein temps, sauf que votre salaire sera calculé en fonction d'une semaine de travail de 25 heures. Vos primes d'assurance-vie et d'assurance-incapacité facultatives seront établies en fonction d'une semaine de travail de 25 heures.

Qu'arrive-t-il si vous êtes frappé d'incapacité?

Pendant un congé pour incapacité de courte durée

Vous continuerez d'accumuler des crédits et de cotiser au régime (s'il y a lieu) par retenues salariales.

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée : Vous recevrez les prestations de base ou facultatives selon les options que vous aviez choisies au moment où vous avez été frappé d'incapacité.

Assurance-décès et mutilation accidentels : Votre couverture facultative et celle des personnes à votre charge seront maintenues.

Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : Vous conserverez l'option et le niveau de couverture qui étaient en vigueur au moment où vous avez été frappé d'incapacité.

Assurance-vie : Votre assurance-vie de base actuelle ainsi que toutes les couvertures facultatives pour vous et pour les personnes à votre charge seront maintenues.

Si vous êtes en congé pour incapacité de courte durée durant la *période d'inscription annuelle* ou lorsqu'un *événement admissible* survient, vous ne pourrez pas modifier votre couverture actuelle d'assurance-incapacité de courte durée, d'assurance-incapacité de longue durée, d'assurance-décès et mutilation accidentels et d'assurance-vie.

Si vous choisissez de nouvelles options à l'inscription annuelle, mais êtes en arrêt de travail pour des raisons d'incapacité de courte durée au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier), vous ne bénéficierez des options choisies au titre de l'assurance-incapacité de courte durée, de l'assurance-incapacité de longue durée, de l'assurance-décès et mutilation accidentels et de l'assurance-vie que lorsque vous aurez repris le travail pendant 60 jours consécutifs. Pour modifier votre couverture, vous devrez aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant la fin de cette période de 60 jours.

Par contre, si vous choisissez de nouvelles options d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe à l'inscription annuelle, mais êtes en arrêt de travail pour des raisons d'incapacité de courte durée au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier), vous bénéficierez des options choisies au titre de ces assurances ainsi qu'au titre du *niveau de couverture des personnes à charge*.

Pendant un congé pour incapacité de longue durée

Vous serez exonéré des cotisations exigibles en ce qui concerne la couverture facultative de l'assurance-incapacité de courte durée, de l'assurance-incapacité de longue durée, de l'assurance-décès et mutilation accidentels et de l'assurance-vie.

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée : Les options relatives à l'assurance-incapacité de courte durée et à l'assurance-incapacité de longue durée qui vous couvrent au moment de l'incapacité seront maintenues pendant votre période de congé d'incapacité de longue durée.

Assurance-décès et mutilation accidentels : Votre couverture facultative d'assurance-décès et mutilation accidentels et celle des personnes à votre charge seront maintenues.

Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : Pendant votre congé pour incapacité de longue durée, vous bénéficiez automatiquement de la couverture du régime complet et êtes exonéré des cotisations exigibles pour l'assurance médicale et pour l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, même si vous êtes inscrit à l'option de base et que vous aviez renoncé à votre couverture. Si vous étiez déjà inscrit au régime supérieur ou au régime de choix au moment de votre incapacité, vous pouvez continuer d'y participer, mais vous devez continuer à cotiser pour conserver ce niveau de couverture. Si vous décidez de cesser de participer au régime supérieur ou au régime de choix pendant votre incapacité, vous ne pourrez plus y revenir tant que vous recevrez des prestations d'incapacité. Si vous participiez au régime de base ou au régime complet avant d'être en congé pour incapacité de longue durée, vous ne pouvez passer au régime supérieur ni au régime de choix.

Assurance-vie : Votre couverture facultative actuelle d'assurance-vie et celle des personnes à votre charge seront maintenues.

Si vous êtes en congé pour incapacité de longue durée durant l'*inscription annuelle* ou lorsqu'un *événement admissible* survient, vous ne pouvez modifier votre couverture avant d'avoir repris le travail pendant 60 jours consécutifs. Pour modifier votre couverture, vous devez aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant la fin de cette période de 60 jours.

Si, pendant un congé pour incapacité de courte durée, vous choisissez de nouvelles options d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe à l'inscription annuelle, mais commencez à recevoir des prestations d'incapacité de longue durée au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier), vous ne bénéficierez pas des nouvelles options choisies au titre de ces assurances avant d'avoir repris le travail pendant 60 jours consécutifs. Pour modifier votre couverture, vous devez aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant la fin de cette période de 60 jours.

Si un événement admissible survient pendant que vous êtes en congé pour incapacité de longue durée, vous pouvez modifier votre option de situation familiale en ajoutant ou en supprimant le nom d'une personne à charge dans le cadre de votre assurance médicale et de votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

Qu'arrive-t-il si vous prenez un congé?

Pendant un congé parental ou un congé de maternité

Assurance-incapacité de courte durée, assurance-incapacité de longue durée et assurance-vie : Pendant la portion de votre congé prévue par la loi, vos protections de base et facultatives sont maintenues. Les cotisations exigibles sont retenues sur votre prestation facultative. À la cessation des versements de la prestation facultative, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront retenues sur votre paie à votre retour au travail.

Vous aurez également l'occasion de souscrire ou de modifier votre niveau de couverture facultative dans les 31 jours suivant la naissance de votre enfant ou dans le cas d'adoption, dans les 31 jours de la date à laquelle l'enfant arrive chez vous. La couverture alors souscrite sera maintenue jusqu'à la fin de la portion de votre congé de maternité prévue par la loi. Après cette date, si vous décidez de poursuivre votre congé, votre couverture de base et facultative prendra fin.

Assurance-décès et mutilation accidentels, assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : Pendant la portion de votre congé prévue par la loi, votre couverture facultative actuelle est maintenue. Les cotisations exigibles sont retenues sur votre prestation facultative. À la cessation des versements de la prestation facultative, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront retenues sur votre paie à votre retour au travail.

Vous aurez également l'occasion de souscrire ou de modifier votre niveau de couverture facultative dans les 31 jours suivant la naissance de votre enfant ou dans le cas d'adoption, dans les 31 jours de la date à laquelle l'enfant arrive chez vous. La couverture alors souscrite sera maintenue jusqu'à la fin de la portion de votre congé de maternité prévue par la loi. Après cette date, si vous décidez de poursuivre votre congé, votre couverture de base et facultative prendra fin.

Pendant un congé autorisé

Assurance-incapacité de courte durée, assurance-incapacité de longue durée et assurance-vie :

- Congé autorisé sans solde - Votre couverture de base ou facultative actuelle prend fin le premier jour du mois suivant la période de 30 jours consécutive à votre départ. S'il y a lieu, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront retenues sur votre paie à votre retour au travail.
- Congé autorisé payé - Votre couverture de base ou facultative actuelle est maintenue pendant un congé payé. Des exceptions s'appliquent dans le cas de certains congés pris à la demande de la Société.

Assurance-décès et mutilation accidentels, assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe :

- Congé autorisé sans solde - Votre couverture facultative actuelle prend fin le premier jour du mois suivant la période de 30 jours consécutive à votre départ. S'il y a lieu, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront retenues sur votre paie à votre retour au travail.
- Congé autorisé payé – les cotisations exigibles pour la couverture facultative actuelle sont maintenues pendant un congé payé.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce qui arrive à vos avantages lorsque vous êtes en congé pour incapacité de courte durée ou pour incapacité de longue durée, consultez la rubrique «Si vous êtes frappé d'incapacité» à la page 63.

Qu'arrive-t-il si vous quittez Nortel?

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée : Votre couverture de base ou facultative prend fin à votre dernier jour de travail.

Assurance-décès et mutilation accidentels : Votre couverture facultative et celle des personnes à votre charge prennent fin à votre dernier jour de travail ou d'admissibilité.

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : Votre couverture facultative prend fin à la fin du mois qui suit votre dernier jour de travail ou d'admissibilité.

Si vous quittez l'emploi de Nortel, vous avez le choix de convertir votre couverture en contrat d'assurance individuel dans les 60 jours suivant la date de cessation d'emploi, sans présenter une *preuve d'assurabilité*. Si vous êtes âgé de moins de 69 ans, vous pouvez souscrire la police d'assurance «Choix protection-santé» offerte par la Financière Sun Life. Si vous désirez convertir votre couverture en contrat d'assurance individuel, vous pouvez souscrire la police d'assurance Choix protection-santé en remplissant le formulaire de souscription disponible à l'adresse www.sunlife.com/pfs.

Assurance-vie : Votre couverture d'employé et celle des personnes à votre charge prennent fin à votre dernier jour de travail ou d'admissibilité.

Si vous quittez votre emploi, vous avez le droit de convertir votre assurance-vie de base et votre assurance-vie facultative actuelles en un contrat individuel sans devoir présenter une preuve d'assurabilité. Vous pouvez convertir votre niveau de couverture actuel jusqu'à concurrence d'un montant de conversion maximal de 200 000 \$ pour chacune des couvertures d'assurance-vie de base et d'assurance-vie facultative. Vous devez souscrire une police individuelle et payer la prime du premier mois dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi (période de conversion). Si vous décédez au cours de la période de conversion, votre bénéficiaire recevra les prestations payables en vertu de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative (le cas échéant) même si vous n'avez pas fait la demande d'un contrat individuel.

Vous pouvez également convertir votre assurance-vie facultative des personnes à charge pour votre *conjoint* à un contrat individuel sans devoir présenter une preuve d'assurabilité. Le montant que vous pouvez convertir est le niveau actuel de couverture de votre conjoint, jusqu'à concurrence d'un montant de 200 000 \$. Dans ce cas-ci, votre conjoint doit également souscrire une police individuelle et payer la prime du premier mois dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi (période de conversion). Si votre conjoint décède au cours de la période de conversion, le régime de la Société vous versera les prestations payables en vertu de l'assurance-vie facultative de votre conjoint. Aucune option de conversion n'est offerte pour l'assurance-vie des personnes à charge pour vos enfants.

Qu'arrive-t-il si vous prenez votre retraite?

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée :

Votre couverture de base ou facultative prend fin à la date de votre retraite.

Assurance-décès et mutilation accidentels : Votre couverture facultative et celle des personnes à votre charge prennent fin à la date de votre retraite.

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : Votre couverture facultative prend fin le premier du mois suivant la date de votre retraite, mais vous pouvez toutefois être couvert par les protections du régime de soins de santé pour retraités offertes dans le cadre du Programme de retraite et d'accumulation du capital qui s'applique à vous.

Assurance-vie : Votre capital d'assurance-vie (le cas échéant) est calculé selon le régime auquel vous participiez à la date de votre retraite dans le cadre du Programme de retraite et d'accumulation du capital. Pour de plus amples renseignements relatifs à la couverture du programme de retraite, veuillez consulter le dossier du Programme de retraite et d'accumulation de capital sur le site @votreservice.

Qu'arrive-t-il si vous décédez?

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : Les survivants d'un employé décédé peuvent souscrire une couverture facultative si l'employé participait au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 1^{ère} partie ou au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 2^e partie avant son décès. Le conjoint doit choisir de toucher une rente immédiate et payer les primes exigibles afin de recevoir des prestations de survivants. Les survivants qui touchent une prestation de décès bénéficieront de la couverture à laquelle l'employé aurait été admissible à sa retraite. Consultez la section Programme de retraite et d'accumulation du capital sur le site @votreservice pour de plus amples renseignements relatifs à votre couverture de soins de santé.

Si, au moment de votre décès, vous ne participiez pas au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 1^{ère} partie ou au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 2^e partie ou que votre conjoint ne choisit pas de toucher une rente immédiate, les personnes à votre charge admissibles continueront d'être couvertes sans frais par l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte pendant 12 mois, et ce, tant et aussi longtemps qu'elles demeurent admissibles à cette couverture. Celle-ci est offerte sans frais à vos personnes à charge.

Demandes de règlement

Accès en ligne

Au site Web des services aux participants de la Financière Sun Life (www.sunlife.ca/participant), vous pouvez :

- présenter vos demandes de règlement en ligne relativement au compte de remboursement des soins de santé, des soins de la vue et de certains soins dentaires;
- consulter l'information relative aux paiements les plus récents, à la prochaine date d'examen dentaire de rappel, aux prestations disponibles pour les soins de la vue et au solde du compte de remboursement des soins de santé à l'écran rapide;
- vous inscrire pour le virement électronique de vos remboursements dans votre compte bancaire;
- vous inscrire pour recevoir un avis par courriel que votre demande a été traitée et que le relevé explicatif des avantages sociaux est accessible en ligne;
- obtenir des formulaires de demande de règlement personnalisés;
- vérifier l'état des demandes de règlement que vous nous avez récemment présentées;
- consulter votre historique de demandes de règlement pour vous aider à prendre vos décisions d'inscription chaque année et en imprimer une copie, au besoin, pour la soumettre avec votre déclaration de revenus;
- accéder, à partir d'un site Web pratique, aux avantages sociaux collectifs et aux services de retraite collectifs.

Si vous avez des questions, téléphonez à la Financière Sun Life au 1 800 229-7089, du lundi au vendredi de 7 h à 20 h (heure de l'est).

À venir en 2005 : Les améliorations qui seront apportées en 2005 comprennent la possibilité d'afficher des détails sur l'option du régime choisi, notamment, la franchise, la valeur maximale de la catégorie de service et la recherche de l'admissibilité de médicaments. Vous pourrez ainsi trouver rapidement des renseignements sur le régime et déterminer si un médicament est couvert par votre option de régime, sans avoir besoin de quitter le site de la Financière Sun Life. Le site a été conçu pour simplifier le processus!

Présentation de demandes de règlement

Vous disposez de 18 mois pour soumettre une demande de règlement à la Financière Sun Life en vue d'obtenir le remboursement des frais engagés pour des soins médicaux, dentaires, de la vue et de l'ouïe. **Les demandes de règlement présentées après la date limite seront rejetées. Veuillez donc vous assurer de respecter les dates d'échéance.** (Reportez-vous aux demandes de règlement relatives au compte de remboursement des soins de santé, à la page 72, pour obtenir les procédures de demandes de règlements adéquates pour le compte de remboursement des soins de santé).

La Financière Sun Life assurera le traitement de vos demandes de règlement et vous paiera tout montant admissible en tant que personne admissible principale. Vous recevrez également un relevé explicatif des avantages sociaux expliquant les montants versés et pouvant servir à coordonner les avantages avec le régime d'un conjoint.

Vous pouvez soumettre des demandes de règlement électroniques pour les catégories suivantes de frais admissibles :

- Médicaments sur ordonnance – Dans la mesure du possible, utilisez votre carte de paiement direct des médicaments à la pharmacie afin d'obtenir le règlement de la demande au point d'achat. Ainsi, votre coût se limite au montant qui n'est pas couvert par votre régime d'assurance médicale. Vous ne pouvez utiliser la carte de paiement direct des médicaments dans les cas suivants :
 - L'ordonnance n'est pas considérée comme frais admissibles.
 - L'ordonnance initiale exige une autorisation préalable. Si cette autorisation préalable est accordée, vous pouvez utiliser votre carte pour obtenir les ordonnances subséquentes.
 - Vous coordonnez vos avantages avec le régime de votre conjoint, qui n'a pas de carte de paiement direct des médicaments.
- Soins dentaires – Votre dentiste pourrait soumettre électroniquement votre demande de règlement directement à la Financière Sun Life.
- Coûts liés aux soins de la vue, aux soins dentaires et au compte de remboursement des soins de santé – Vous pouvez soumettre votre demande de règlement par Internet à la Financière Sun Life. Veuillez noter que vous devez être inscrit au service de virement automatique et au relevé explicatif des avantages sociaux électronique pour être en mesure de présenter les demandes de règlement en ligne. Pour ce faire, il suffit de suivre ces étapes :
 - Accédez au site Web des services aux participants de la Financière Sun Life (www.sunlife.ca/member) en saisissant votre code d'accès et votre mot de passe.
 - Sélectionnez la fonction de demande de règlement et suivez les directives en ligne.
 - Selon la nature de votre demande, vous pourriez avoir besoin de présenter votre demande sur papier; reportez-vous aux restrictions liées aux avantages, affichées sur le site Web.
 - Votre remboursement sera déposé directement dans votre compte bancaire dans les 48 heures après le traitement de votre demande.
 - Gardez vos reçus originaux pour les 12 mois suivant la soumission en ligne au cas où votre demande ferait l'objet d'une vérification. Le cas échéant, vous devrez présenter vos reçus à la Financière Sun Life aux fins d'examen. Notez également que vous devez conserver les reçus de votre compte de remboursement des soins de santé pendant sept (7) ans aux fins de l'impôt sur le revenu.

En ce qui concerne les autres frais admissibles, vous devez présenter une demande de règlement en format papier à la Financière Sun Life. Suivez les étapes suivantes pour soumettre la demande :

- Obtenez un formulaire de demande de règlement personnalisé (pour frais médicaux ou dentaires/compte de remboursement des soins de santé) à partir du site Web des services aux participants de la Financière Sun Life. Vous pouvez également imprimer un formulaire de demande de règlement non personnalisé à partir du site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005. Pour toute demande d'indemnité d'assurance-vie de l'employé et des personnes à charge et de l'assurance-décès et mutilation accidentels, veuillez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale.
- Soumettre le formulaire dûment rempli et y joindre les factures ou reçus originaux. Vous devez préciser le numéro de police d'assurance de la Société (n^o 25654) et votre numéro de participant (votre code mondial). **À des fins de référence, conservez toujours une copie de vos reçus originaux et des formulaires de demande de règlement que vous avez soumis.**
- La destination du formulaire dûment rempli dépend de la nature des frais :
 - Médicaments sur ordonnance – Si vous n'avez pas utilisé votre carte de paiement direct des médicaments ou si vous coordonnez vos demandes de règlement avec le régime de votre conjoint, envoyez les documents à la Financière Sun Life. L'adresse est indiquée sur le formulaire.
 - Si votre conjoint utilise une carte de paiement direct des médicaments, vous pouvez soumettre le solde de votre demande de règlement en utilisant la carte du conjoint à la pharmacie.
 - Frais admissibles (exception faite des frais de médicaments sur ordonnance) au titre de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et au compte de remboursement des soins de santé – Veuillez faire parvenir vos demandes de règlement à la Financière Sun Life. L'adresse est indiquée sur le formulaire.

Fonctionnement de l'autorisation préalable

Si votre médecin vous prescrit un médicament qui nécessite une autorisation préalable, il doit remplir un formulaire d'autorisation préalable et le transmettre à la Financière Sun Life. La Financière Sun Life enverra alors le formulaire à BCE Emergis aux fins d'évaluation et d'approbation.

Si vous ne remettez pas les documents au médecin à l'avance et que vous tentez de soumettre la demande de règlement en utilisant votre carte de paiement direct des médicaments, le pharmacien vous avisera que votre ordonnance a été refusée. Vous devrez alors retourner chez le médecin pour qu'il remplisse le formulaire d'autorisation préalable, ce qui retardera le processus d'approbation. **Veillez noter que les avantages sociaux à la carte ne couvrent pas les frais exigés par votre médecin lorsqu'il remplit des formulaires.**

Si vous effectuez le processus d'autorisation préalable et que le médicament est approuvé, vous pouvez l'acheter à la pharmacie à l'aide de votre carte de paiement direct des médicaments comme d'habitude et vous n'aurez plus à passer par ce processus, à moins que vous n'arrétiez de prendre les médicaments pendant plus de 100 jours.

Pour simplifier le processus, suivez les étapes ci-dessous :

1. Imprimez les six formulaires d'autorisation préalable ou ceux que vous considérez pertinents à partir du site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005, dans la rubrique «**Autres renseignements**». Le nom du médicament en question se trouve au haut du formulaire. Apportez les documents à votre prochain rendez-vous et demandez au médecin de les garder dans votre dossier au cas où vous en auriez besoin à l'avenir. N'oubliez pas, d'autres médicaments pourraient être ajoutés à la liste au cours de l'année. Chaque trimestre, nous mettons à jour le dossier du site Web du Régime des avantages sociaux à la carte 2005 qui énumère les médicaments pour lesquels il faut obtenir une autorisation préalable. Ce dossier dresse la liste des nouveaux médicaments qui s'y ajoutent depuis la dernière mise à jour. Les formulaires d'autorisation préalable sont mis à jour dès qu'il faut apporter un changement. Il est donc conseillé de réexaminer les formulaires de temps à autre et imprimer les nouvelles versions.
 2. Familiarisez-vous avec les cinq catégories de médicaments applicables, ainsi que le médicament Wellbutrin™. Si votre médecin prescrit un médicament se classant dans une de ces catégories, vous pouvez lui rappeler de consulter le formulaire se trouvant dans votre dossier pour déterminer si le médicament figure sur la liste.
 3. (a) Avant de passer à la pharmacie, transmettez le formulaire d'autorisation préalable à la Financière Sun Life, qui l'achemine à BCE Emergis aux fins d'évaluation. Votre médecin peut également envoyer le formulaire directement à la Financière Sun Life par télécopieur au numéro se trouvant sur le document. L'évaluation prend environ 7 à 10 jours ouvrables.
 - (b) Vous pouvez également obtenir l'ordonnance immédiatement en payant le coût entier du médicament à la pharmacie. Si le médicament est approuvé, vous pouvez présenter une demande de remboursement (format papier) pour la dépense initiale. Vous utiliserez ensuite votre carte de paiement direct des médicaments pour les achats futurs.
 4. Si votre ordonnance est refusée, vous voudrez peut-être discuter d'autres traitements ou médicaments avec votre médecin. Ou, si vous ne voulez pas considérer d'autres traitements ou médicaments, vous pouvez soumettre la demande de règlement à votre compte de remboursement des soins de santé, si vous y avez attribué des crédits. À condition que vous ayez l'ordonnance du médecin, vous pouvez utiliser le compte de remboursement des soins de santé pour aider à payer le coût, même si le médicament exige une autorisation préalable et est refusé.
- ↪ **Si vous prenez déjà un médicament de la liste préautorisée, ou si vous avez pris un tel médicament au cours des 100 derniers jours, vous n'aurez pas à soumettre un formulaire d'autorisation préalable et ne devrez pas obtenir d'approbation afin de vous faire rembourser les frais associés au médicament en question.**

Exemple de processus d'autorisation préalable

- Richard rencontre son médecin pour discuter des traitements pour la dépression. Son médecin lui remet une ordonnance pour du Wellbutrin™.
- Richard avait apporté tous les formulaires d'autorisation préalable puisqu'il n'était pas certain si le médecin allait lui prescrire un médicament se trouvant dans les catégories applicables.
- Le médecin examine les formulaires et constate que Wellbutrin™ nécessite une autorisation préalable. Il remplit le formulaire pertinent pour Richard.
 - Wellbutrin™ nécessite une autorisation préalable puisqu'il s'agit d'un médicament à double usage. Il s'agit à la fois d'un antidépresseur et d'une aide antitabagique. Il est essentiel que le médecin précise pourquoi il prescrit du Wellbutrin™.
 - Si le Wellbutrin™ est prescrit comme aide antitabagique, les avantages sociaux à la carte ne remboursent que 500 \$ par année au maximum.
 - Si le Wellbutrin™ est prescrit pour traiter la dépression, il n'y a pas de montant maximal pour l'instant.
 - Peu importe la raison du traitement, la demande de règlement de Richard exige une autorisation préalable.
- Richard décide qu'il ne peut pas payer le prix entier pour le médicament lui-même; il demande donc au médecin de transmettre le formulaire à la Financière Sun Life par télécopieur. Richard attend alors que l'ordonnance soit évaluée.
- Sa demande est examinée et Wellbutrin™ est approuvé pour le traitement de sa dépression.
- Richard se rend à la pharmacie avec sa carte de paiement direct des médicaments pour ramasser son médicament.

Demandes de règlements relatives au compte de remboursement des soins de santé

Vous devez soumettre vos demandes de règlement à votre compte de remboursement des soins de santé pour les frais engagés durant l'année au plus tard le 31 mars de l'année suivante, à défaut de quoi vos dépenses ne pourront vous être remboursées. Vos demandes de règlement mensuelles peuvent porter sur la valeur totale des crédits alloués pour l'année en cours – même si vous n'avez pas encore accumulé tous les crédits nécessaires.

Afin de soumettre une demande de règlement liée au compte de remboursement des soins de santé, veuillez soumettre une demande en ligne au site Web des services aux participants de la Financière Sun Life ou suivre les procédures suivantes pour présenter une demande papier.

- Confirmez le solde de votre compte de remboursement des soins de santé en accédant au site Web des services aux participants de la Financière Sun Life ou consultez votre dernier relevé explicatif des avantages sociaux.
- Obtenez un formulaire de demande de règlement personnalisé (pour frais médicaux ou dentaires/compte de remboursement des soins de santé) à partir du site Web de la Financière Sun Life ou une demande non personnalisée à partir du site Web des avantages sociaux à la carte 2005 de Nortel à l'adresse @votreservice.
- S'il s'agit de soins médicaux, de la vue ou de l'ouïe, vous devez remplir le formulaire de demande de règlement pour frais médicaux/compte de remboursement des soins de santé et le transmettre à la Financière Sun Life. S'il s'agit de soins dentaires, vous devez remplir le formulaire de demande de règlement pour frais dentaires/compte de remboursement des soins de santé et le transmettre à la Financière Sun Life. N'oubliez pas d'inclure votre nom, le numéro de police et le code mondial, puis cochez la case CRSS (compte de remboursement des soins de santé).
- Joignez les originaux de vos reçus ou de votre relevé explicatif des avantages sociaux indiquant la portion des frais qui ne vous a pas été remboursée.

Tous les frais considérés comme remboursables en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont admissibles. Pour obtenir une liste complète des frais admissibles, consultez le site Web www.cra-arc.gc.ca ou demandez un exemplaire de la publication IT519R2-CONSOLID, Crédit d'impôt pour frais médicaux et pour personnes handicapées et déduction pour frais de préposés aux soins.

⚡ Si vous avez un compte de remboursement des soins de santé, que vous signalez un événement admissible et que vous ouvrez à nouveau un compte de remboursement des soins de santé, vous disposez de 31 jours pour utiliser les crédits restants du compte de remboursement des soins de santé que vous aviez auparavant.

Coordination des prestations

L'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe prévoient la coordination des prestations. Cela signifie que lorsque vous et les membres de votre famille êtes couverts par plus d'un régime (même si vous et votre conjoint êtes tous les deux au service de la Société), vous pouvez faire une demande de règlement pour les frais admissibles auprès de chaque régime, de façon à en maximiser le remboursement.

Quel régime débourse en premier?

Demandes de règlement pour vous ou pour votre conjoint

Si votre régime et celui de votre conjoint prévoient tous les deux la coordination des prestations, la personne qui engage les frais doit présenter d'abord sa demande à son propre régime. Si ce régime ne rembourse pas la totalité des frais et si la personne est couverte par le régime de son conjoint, elle devra ensuite présenter une demande de règlement à ce régime en acheminant son relevé explicatif des avantages sociaux.

Si un seul régime prévoit la coordination des avantages sociaux, la demande de règlement doit d'abord être soumise au régime qui n'en contient pas.

Bien que la plupart des régimes prévoient la coordination des prestations, il se peut que le régime de votre conjoint ne l'autorise pas. Nous vous suggérons de vérifier ce qui en est.

Demandes de règlement pour les enfants à votre charge

C'est la date de naissance des parents qui permet de déterminer à quel régime s'adresser en premier. Présentez toujours votre demande au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année (mois, jour).

Demandes de règlement liées à l'assurance-incapacité de courte durée

Pour présenter une demande de règlement des frais d'assurance-incapacité de courte durée, veuillez composer le numéro sans frais 1 888 522-7368 ou remplissez le formulaire d'avis de l'assurance-incapacité de courte durée accessible à partir du lien <https://secure.medcan.com/login.asp> (le code d'utilisateur et le mot de passe sont «nortel»). De plus amples renseignements sur le processus de demande liée à l'incapacité de courte durée se trouvent à la rubrique « **Autres renseignements – Documents relatifs aux avantages sociaux** » sur le site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005. Lorsque Medcan recevra votre formulaire, un représentant communiquera avec vous dans les 48 heures et vous transmettra les documents pertinents à remplir pour faciliter le traitement de votre demande.

Demandes de règlement liées à l'assurance-incapacité de longue durée

Pour demander des prestations d'incapacité de longue durée, vous devez d'abord approcher de la durée maximale de l'incapacité de courte durée (26 semaines). Medcan collaborera avec la Financière Sun Life pour commencer le transfert de votre dossier afin d'examiner votre admissibilité aux prestations d'incapacité de longue durée. Les Services au personnel à l'échelle mondiale vous transmettront une trousse de demande liée à l'incapacité de longue durée; vous serez tenu de lire, remplir, signer et retourner une copie de l'Énoncé des membres du régime d'incapacité de longue durée.

Demandes de règlement liées à l'assurance-vie pour employés et personnes à charge et à l'assurance-décès et mutilation accidentels

Veuillez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale. L'information exigée dépend de la nature de la demande.

Processus d'examen des demandes de règlement et de l'admissibilité

Si votre demande de règlement est rejetée ou si votre admissibilité à certains avantages n'est pas reconnue, vous pouvez en appeler de la décision rendue advenant le cas où celle-ci vous semblerait contraire aux dispositions du régime concerné.

Pour des demandes refusées de l'assurance-vie, de l'assurance-décès et mutilation accidentels, de l'assurance-incapacité de longue durée, de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, le processus commence avec l'*administrateur du régime* (Financière Sun Life). Pour les demandes de prestations d'incapacité de courte durée refusées, le processus d'évaluation commence avec Medcan Health Management Inc. Pour les demandes non liées à l'incapacité de courte ou de longue durée, si vous croyez avoir besoin d'une évaluation approfondie après le processus d'examen effectué par l'administrateur du régime, vous pouvez en faire la demande auprès des Services au personnel à l'échelle mondiale. Si vous jugez qu'un autre examen est nécessaire après vous être adressé aux Services au personnel à l'échelle mondiale, vous pouvez faire une dernière demande au comité des avantages sociaux des employés. Pour les demandes liées à l'incapacité de courte et de longue durée, si vous croyez avoir besoin d'une évaluation approfondie après le processus d'examen effectué par Medcan pour les demandes liées à l'incapacité de courte durée ou par la Financière Sun Life pour les demandes liées à l'incapacité de longue durée, vous pouvez en faire la demande auprès du comité des avantages sociaux des employés.

Pour ce qui est du processus d'examen de l'admissibilité aux protections, vous pouvez vous adresser directement aux Services au personnel à l'échelle mondiale et, si cela s'avère nécessaire par la suite, au comité des avantages sociaux des employés pour un examen final. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus d'examen aux fins de l'administrateur du régime des Services au personnel à l'échelle mondiale et du comité des avantages sociaux des employés pour un examen final, consultez la rubrique Processus d'examen des demandes de règlement et de l'admissibilité de la section « **Autres renseignements – Documents relatifs aux avantages sociaux** » sur le site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005.

Considérations fiscales

Aperçu

L'un des avantages indéniables que présente le Régime d'avantages sociaux à la carte est qu'il vous permet d'accroître votre pouvoir d'achat grâce à des choix judicieux au titre de l'impôt sur le revenu.

Le Régime d'avantages sociaux à la carte a été conçu de manière à vous procurer le traitement fiscal le plus avantageux possible, en fonction des lois applicables. Les *crédits* de la Société sont d'abord utilisés pour souscrire aux avantages que vous pouvez vous procurer avec des *dollars avant impôt*. S'il reste un reliquat de crédits après le calcul de ces sélections, vous pouvez accroître les avantages fiscaux en affectant ces crédits à votre compte de remboursement des soins de santé. De cette façon vous serez en mesure de payer les dépenses qui ne sont pas assurées en vertu du régime d'assurance médicale ou du régime d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. N'oubliez pas que vous devez engager suffisamment de frais de soins de santé au cours de l'année pour utiliser tous les crédits versés dans le compte de remboursement des soins de santé. Seules les sommes fournies par la Société (les crédits) peuvent être versées dans le compte de remboursement des soins de santé.

Puisque seuls les *dollars après impôt* peuvent être utilisés pour acheter une assurance-vie facultative, si vous avez des crédits non utilisés, vous pouvez les affecter au salaire imposable et utiliser le montant après impôt pour acheter votre assurance-vie facultative.

Veillez noter que les renseignements sur la fiscalité contenus dans la présente section et ailleurs dans le manuel et dans la documentation relative à l'inscription vous sont fournis à titre d'information et sont fondés sur les lois fiscales en vigueur. Il peut être préférable de vous adresser à un conseiller fiscal relativement aux incidences de vos choix quant à l'impôt.

Règles fiscales

Le présent tableau décrit les règles courantes de l'impôt sur le revenu dont vous devriez tenir compte dans le choix de votre couverture facultative.

Couverture	Situation fiscale actuelle relative aux crédits utilisés pour acheter une couverture	Situation fiscale actuelle des avantages payés
Assurance-incapacité de courte durée	Les crédits fournis par la Société pour souscrire l'assurance-incapacité de courte durée facultative ne sont pas imposables.	Les prestations sont imposables au même titre que votre salaire.
Assurance-incapacité de longue durée	Les crédits fournis par la Société pour souscrire l'assurance-incapacité de longue durée facultative ne sont pas imposables.	Les prestations sont imposables au même titre que votre salaire.
Assurance-décès et mutilation accidentels	Les crédits fournis par la Société pour souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative ne sont pas imposables, sauf au Québec, où ils sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.	Le capital assuré versé à vous ou aux personnes à votre charge admissibles n'est pas imposable.

Couverture	Situation fiscale actuelle relative aux crédits utilisés pour acheter une couverture	Situation fiscale actuelle des avantages payés
Protection liée aux soins de santé	Les crédits utilisés pour souscrire l'assurance médicale ne sont pas imposables.	Les remboursements ne sont pas imposables, sauf au Québec, où les employés sont imposés en fonction du montant moyen des règlements. Ce montant inclut les frais d'administration du régime, la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec, déduction faite des retenues salariales effectuées, le cas échéant, pour souscrire l'assurance.
Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe	Les crédits utilisés pour souscrire l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe ne sont pas imposables.	Les remboursements ne sont pas imposables, sauf au Québec, où les employés sont imposés en fonction du montant moyen des règlements. Ce montant inclut les frais d'administration du régime, la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec, déduction faite des retenues salariales effectuées, le cas échéant, pour souscrire la protection.
Compte de remboursement des soins de santé (CRSS)	Les crédits versés dans le compte de remboursement des soins de santé ne sont pas imposables.	Les sommes versées dans le compte de remboursement des soins de santé ne sont pas imposables, sauf au Québec où les remboursements reçus, les frais d'administration, la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec sont assujettis à l'impôt provincial.
Assurance-vie facultative	Vous ne pouvez pas utiliser directement les crédits fournis par la Société pour souscrire cette assurance. Si vous désirez les utiliser pour régler les coûts de votre assurance, ils seront d'abord inclus dans votre salaire et imposés au même taux. Le restant vous permettra de compenser les retenues après impôt au titre de la prime d'assurance.	Les avantages ne sont pas imposables pour le bénéficiaire.
Assurance-vie des personnes à charge	Vous ne pouvez pas utiliser directement les crédits fournis par la Société pour souscrire cette assurance. Si vous désirez les utiliser pour régler les coûts de votre assurance, ils seront d'abord inclus dans votre salaire et imposés au même taux. Le restant vous permettra de compenser les retenues après impôt au titre de la prime d'assurance.	Les avantages ne sont pas imposables pour le bénéficiaire.

Les frais de soins de santé non remboursables par le régime d'assurance médicale ou le régime d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe ou le compte de remboursement des soins de santé peuvent toutefois vous donner droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux. Vous devez cependant faire une demande à cet effet dans votre déclaration de revenus.

Résidents du Québec

Au Québec, les avantages de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe fournis par la Société sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial. Dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, vous serez imposé en fonction du montant moyen des règlements selon l'option de situation familiale et le niveau de couverture choisis. Ce montant comprend les frais engagés par l'administrateur du régime (Financière Sun Life), la taxe sur la prime et la taxe de vente provinciale, moins les retenues salariales servant à régler le coût de cette couverture.

Par exemple, si vous prévoyez que les membres de votre famille et vous-même n'engageront que peu ou pas de frais médicaux au cours d'une année donnée et si vous croyez, par conséquent, ne pas avoir besoin de la couverture offerte par les régimes complet, supérieur ou de choix, il serait avantageux de souscrire le régime de base de l'assurance médicale. Ainsi, le coût de vos avantages imposables sera beaucoup moins élevé que pour un employé qui choisit le régime complet, le régime supérieur ou le régime de choix.

N'oubliez pas qu'en vertu du projet de loi 33, vous et votre famille devez être couverts par le régime d'assurance-médicaments de votre conjoint pour pouvoir renoncer à l'assurance médicale offerte par votre propre régime.

L'outil d'inscription aux avantages sociaux à la carte indique les avantages imposables calculés par cycle de paie (avant toute retenue salariale) pour chaque couverture et chaque option d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et chaque assurance de personne à charge. Si vous êtes un employé dont la langue de choix est le français, vous ne pourrez pas utiliser l'outil d'inscription. Cependant, vous pourrez toujours accéder à ces renseignements sur le site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005, sous la rubrique «**Autres renseignements – Documents relatifs aux avantages sociaux**». Cherchez les «Taux prévus moyens des prestations imposables au Québec».

Vous devrez également payer de l'impôt sur le revenu provincial sur les *crédits* fournis par la Société pour souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative.

Si vous décidez de verser les crédits fournis par la Société dans un compte de remboursement des soins de santé, les remboursements provenant de ce compte de même que les frais d'administration, la taxe sur la prime et la taxe de vente provinciale seront assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.

Inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte

Inscription des nouveaux employés

Vous disposez de 31 jours suivant la date de votre embauche pour vous inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte. Assurez-vous d'avoir tous les documents et les formulaires nécessaires pour votre inscription en consultant la liste de contrôle incluse dans la trousse de documentation des nouveaux employés.

Si vous avez accès à intranet, vous vous inscrirez en ligne. Accédez au site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005, cliquez sur «**Autres renseignements – Renseignements à l'intention des nouveaux employés**» pour obtenir le processus d'inscription des nouveaux employés. Si vous n'avez pas accès à intranet, vous devez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale.

Si vous ne vous inscrivez pas dans les 31 jours suivant votre embauche :

- Vous serez inscrit par défaut à la *couverture de base*.
- Vous renoncerez à votre droit de souscrire à une couverture facultative avant la prochaine *période d'inscription annuelle*, à moins qu'un *événement admissible* ne survienne dans votre vie (p. ex. si vous vous mariez ou avez un enfant).
- Vous serez inscrit par défaut au régime de base pour vous seulement (pour vous et votre famille si vous demeurez au Québec).
- Si vous êtes inscrit par défaut à la couverture de base, tous les *crédits* auxquels vous avez droit vous seront automatiquement versés en rémunération imposable.

Inscription annuelle

Chaque année pendant la période d'inscription annuelle, vous avez la possibilité de réévaluer vos besoins et d'apporter des changements à vos choix du Régime d'avantages sociaux à la carte. Si vous avez accès à intranet, vous vous inscrirez en ligne. Pour vous inscrire pour l'année 2005, suivez simplement les étapes relatives à l'inscription en ligne 2005 qui sont indiquées à la page 80. Vous devez également vous reporter au site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005, pour obtenir les directives détaillées de l'inscription ainsi que les éléments à prendre en compte.

Si vous ne vous réinscrivez pas d'ici la date limite annuelle, que ce soit intentionnel ou non, vous serez inscrit par défaut à votre couverture actuelle, aux coûts et aux crédits du Régime de l'an prochain. Si vous avez affecté des crédits inutilisés du Régime à la carte à votre compte de remboursement des soins de santé après votre inscription l'année dernière et si les mêmes choix entraînent des crédits inutilisés pour l'année à venir, ceux-ci seront versés à votre compte de remboursement des soins de santé de l'année à venir (minimum de 1 \$ par période de paie).

Étapes relatives à l'inscription en ligne 2005

Étape 1

Accédez au site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 et cliquez sur «Outil d'inscription» dans le coin supérieur droit de la page d'accueil ou rendez-vous à l'adresse <https://eflex.us.nortel.com:49185>. Assurez-vous d'avoir en votre possession votre code mondial et votre mot de passe NorPASS afin de pouvoir utiliser l'outil.

Étape 2

Après avoir ouvert une session, confirmez l'exactitude de vos renseignements personnels avant de continuer. En cas d'erreur, communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale.

Étape 3

Passez en revue votre couverture de 2004 en cliquant sur l'icône «**Couverture actuelle**».

Étape 4

Pour vérifier les renseignements sur les personnes à votre charge, cliquez sur l'icône «**Formulaire d'inscription**». Lorsque vous aurez terminé cette étape, votre formulaire d'inscription au régime de 2005 vous sera présenté et vous pourrez choisir vos options pour 2005.

Étape 5

Cliquez sur l'icône «**Affichage du résumé**» ou sur l'icône «**Suite**» afin de passer en revue les changements que vous avez apportés et de valider vos choix. Si ce niveau de couverture vous convient, cliquez sur «**Inscription**». N'oubliez pas de noter, pour vos dossiers, le numéro de confirmation qui sera affiché. Si vous ne recevez pas de numéro de confirmation, cela signifie que vous ne vous êtes pas inscrit pour l'année 2005 et que vous conserverez votre couverture de 2004 aux coûts de 2005.

Étape 6

Après vous être inscrit, vous devez immédiatement faire imprimer et sauvegarder votre relevé de confirmation sur lequel figurent vos choix de 2005 en utilisant l'icône d'impression. Vous ne recevrez pas de copie du relevé de confirmation par la poste.

Si vous n'avez pas accès à intranet ou si votre langue de choix est le français, vous recevrez une feuille de calcul personnalisée ainsi que les directives d'inscription par la poste. Expédiez le document rempli aux Services au personnel à l'échelle mondiale en utilisant l'enveloppe de retour ou par télécopie au RCE 355-9303 ou 919 905-9303. Vous recevrez un relevé de confirmation indiquant vos choix.

Formulaires requis

Lorsque vous vous inscrivez au Régime d'avantages sociaux à la carte, vous devez remplir les formulaires appropriés pour certains choix et les renvoyer conformément aux directives contenues dans le formulaire. Vous trouverez ces formulaires sur le site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 dans la rubrique «**Autres renseignements – Formulaires du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005**».

- **Formulaire de déclaration d'état de santé** – Si vous devez soumettre une *preuve d'assurabilité* pour l'assurance-vie ou pour l'assurance-incapacité de longue durée facultative, allez à la rubrique «**Autres renseignements**» du site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 pour télécharger le formulaire. Si vous n'avez pas accès à intranet, la Financière Sun Life vous enverra par la poste un formulaire de déclaration d'état de santé accompagné de votre relevé de confirmation. Peu importe le moment de votre inscription, toute couverture d'assurance-vie ou d'assurance-incapacité de longue durée pour laquelle vous devez fournir une preuve d'assurabilité entrera en vigueur à la date d'approbation précisée par la Financière Sun Life.
- **Formulaire de désignation de bénéficiaire – Assurance-vie de l'employé, assurance-décès et mutilation accidentels et assurance-accident de voyages d'affaires** – Si vous devez désigner un bénéficiaire pour votre assurance-vie et votre assurance-décès et mutilation accidentels, allez à la rubrique «**Autres renseignements**» du site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 pour télécharger le formulaire, remplissez-le et renvoyez-le aux Services au personnel à l'échelle mondiale. Si vous n'avez pas accès à intranet, vous devez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale pour obtenir une copie du formulaire.
- **Formulaire de renonciation (Québec/Autres provinces)** – Si vous désirez renoncer à l'assurance médicale parce que vous (vous et votre famille résidant au Québec) avez une couverture avec un autre assureur, vous devez remplir un formulaire de renonciation (Québec/Autres provinces). Allez à la rubrique «**Autres renseignements**» du site du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 pour télécharger le formulaire, remplissez-le et renvoyez-le aux Services au personnel à l'échelle mondiale d'ici la date d'échéance stipulée dans le formulaire. Si vous n'avez pas accès à intranet, vous devez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale pour obtenir une copie du formulaire. Notez que vous n'avez pas besoin de suivre cette procédure si vous avez transmis le formulaire et si vous avez renoncé à la couverture l'année précédente.

Ressources supplémentaires

Autres programmes

En tant qu'employé de Nortel, vous êtes admissible à une vaste gamme de programmes qui ne font pas partie du Régime d'avantages sociaux à la carte.

Notamment :

- l'assurance-accident de voyage d'affaires;
- un service de planification financière;
- les services et le programme de conditionnement physique et de mieux-être;
- une assurance-automobile et une assurance-habitation;
- le programme d'absences rémunérées – jours fériés, vacances et congés de maladie;
- le programme de primes d'ancienneté;
- le programme Voyageur averti;
- l'assurance contre les maladies graves;
- les primes versées par la Société au titre du régime d'assurance-maladie provincial (s'il y a lieu).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les régimes et les services offerts, allez à la rubrique «**Autres renseignements – Autres programmes**» sur le site @votreservice du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 ou téléphonez aux Services au personnel à l'échelle mondiale au numéro sans frais 1 800 676-4636 ou au RCE 352-4636. Vous pouvez également communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale par courriel externe à l'adresse gesna@nortelnetworks.com ou par courriel interne au GES, Amérique du Nord.

Glossaire

Voici quelques brèves définitions de termes qui figurent dans vos documents d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte.

Dollars après impôt (retenues salariales après impôt) – Montant qui est considéré comme revenu d'emploi aux fins de calcul de l'impôt sur le revenu. Si vous n'avez pas suffisamment de crédits du Régime d'avantages sociaux à la carte de la Société pour payer les avantages facultatifs que vous avez choisis, la différence sera prélevée de votre salaire après les retenues fiscales appropriées. L'assurance-vie facultative de l'employé ou d'une personne à charge ne peut être achetée qu'avec les dollars après impôt.

Période d'inscription annuelle - Période pendant laquelle vous devez vous inscrire, vous et votre famille, au régime d'avantages sociaux. Chaque automne, pendant la période d'inscription annuelle, les employés doivent examiner leurs choix et s'inscrire au régime approprié pour la prochaine année civile.

Dollars avant impôt - Montant qui n'est pas considéré comme revenu d'emploi aux fins de calcul de l'impôt sur le revenu. Les crédits fournis par la Société ne sont pas considérés comme revenu d'emploi s'ils sont utilisés pour l'achat d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, d'assurance-incapacité de courte durée, d'assurance-incapacité de longue durée et d'assurance-décès et mutilation accidentels ou s'ils sont déposés dans un compte de remboursement des soins de santé (CRSS) et utilisés pour couvrir des frais de soins de santé admissibles. (Au Québec, les montants utilisés pour souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative, l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et les montants remboursés du compte de remboursement des soins de santé sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.)

Bénéficiaire - La personne (ou les personnes) que vous nommez à titre de bénéficiaire de vos prestations si vous décédez et que vous êtes couvert par le régime d'assurance-vie ou d'assurance-décès ou mutilation accidentels. Vous pouvez nommer plusieurs bénéficiaires à condition que vous précisiez comment les prestations doivent être divisées.

Si vous êtes un homme habitant au Québec et que vous avez nommé votre conjoint ou vos enfants comme bénéficiaires avant le 20 octobre 1976, vous devez obtenir leur autorisation écrite avant de changer le bénéficiaire. La même modalité s'applique à tous les résidents du Québec des deux sexes qui ont nommé leur conjoint comme bénéficiaire depuis cette date, à moins d'avoir précisé que la désignation était révocable.

Médicament breveté - Médicament sur ordonnance vendu sous un nom qui constitue une marque de commerce. Les médicaments brevetés sont généralement vendus à un prix plus élevé que les médicaments génériques.

Agence du revenu du Canada (ARC) - Agence fédérale portant anciennement le nom Revenu Canada. L'Agence du revenu du Canada gère les lois fédérales reliées à la fiscalité qui s'appliquent aux régimes d'avantages sociaux. Par exemple, l'Agence du revenu du Canada définit les règlements liés aux comptes de remboursement des soins de santé, comme celui offert par Nortel. Pour obtenir d'autres renseignements, visitez le site Web de l'ARC à l'adresse <http://www.cra-arc.gc.ca>.

Enfants - Personnes à charge qui sont :

- vos enfants biologiques;
- des enfants que vous avez adoptés ou qui sont placés auprès de vous en vue d'une adoption;
- les enfants de votre conjoint légal;
- des enfants accueillis légalement;
- des enfants dont vous êtes le tuteur.

Les enfants doivent être célibataires, dépendre financièrement de vous, être couverts par le régime d'assurance-maladie provincial ou un régime équivalent et être :

- âgés de moins de 21 ans;
- âgés de moins de 25 ans* s'ils sont inscrits à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université);
- handicapés physiquement ou mentalement, quel que soit leur âge (dans la mesure où ils sont devenus invalides avant l'âge de 21 ans, ou de 25 ans* s'ils étaient étudiants à plein temps à ce moment-là).

*En vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec, les enfants à charge admissibles des employés qui demeurent au Québec peuvent obtenir, jusqu'à l'âge de 26 ans, le remboursement des médicaments sur ordonnance figurant sur le formulaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) s'ils sont inscrits dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université).

Quote-part - Montant déterminé en dollars que vous devez payer lorsque vous bénéficiez des avantages relatifs aux médicaments dans le cadre des options du régime de base, du régime complet et du régime supérieur.

Avantages sociaux à la carte de base - Avantages sociaux payés en entier par la Société. Vous êtes automatiquement inscrit au régime de base et n'avez pas à faire de choix en ce qui concerne ces avantages :

- Assurance-vie de l'employé équivalant à une fois le salaire annuel.
- Assurance-incapacité de courte durée, qui vous donne droit, pendant les 13 premières semaines, à un montant correspondant au salaire que vous touchiez avant votre incapacité et, pendant les 13 semaines suivantes, à un montant correspondant à 70 % de ce salaire.
- Assurance-incapacité de longue durée, dans le cadre de laquelle un montant correspondant à 50 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité vous est versé après 26 semaines consécutives d'incapacité de courte durée.
- Programme d'aide aux employés (PAE) et Services de travail-famille qui offrent gratuitement à tous les employés et à leurs personnes à charge admissibles des conseils confidentiels à court terme par l'entremise d'un conseiller du PAE. Le Programme d'aide aux employés offre également des services rehaussés de travail-famille, notamment un service d'information sur la santé (par téléphone), des conseils juridiques, financiers et professionnels, les services aux enfants et aux aînés, ainsi que pour les problèmes quotidiens.

Frais admissibles - Frais des fournitures et des soins médicaux pour lesquels le régime débourse des prestations.

Franchise - Montant que vous devez personnellement payer avant que le régime n'entre en vigueur et ne paie les frais admissibles.

Personne à charge - En ce qui concerne l'assurance-vie, l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, les personnes à charge comprennent :

- votre conjoint (voir la définition de conjoint) et
- vos enfants (voir la définition d'enfants).

En ce qui concerne votre compte de remboursement des soins de santé, les personnes à charge sont :

- votre conjoint (voir la définition de conjoint) et
- tout membre de votre famille avec qui vous êtes lié par le sang, par mariage ou par adoption et au nom duquel vous pouvez demander un crédit d'impôt pour frais médicaux sur votre déclaration de revenus.

Niveau de couverture des personnes à charge - L'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe facultatives offrent quatre niveaux de couverture visant les personnes à charge :

- pour vous seulement;
- pour vous, vos enfants et les enfants de votre conjoint;
- pour vous et votre conjoint;
- pour vous et votre famille (votre conjoint, vos enfants et les enfants de votre conjoint).

Formulaire des médicaments - Liste de médicaments couverts par le régime d'avantages sociaux à la carte pour les régimes de base, complet et supérieur (mais pas pour le régime de choix). Cette liste énumère tous les médicaments couverts à compter du 31 décembre 2003. Un nouveau médicament n'est ajouté que lorsque au moins un régime d'assurance médicale provincial l'ajoute à sa liste de médicaments couverts.

Urgence - Condition médicale soudaine et grave qui nécessite (ou vous avez une bonne raison de le croire) des soins médicaux immédiats pour prévenir un décès ou la perte de fonctions. Une crise cardiaque, la perte de connaissance, une hémorragie grave, des blessures graves ou multiples ou des brûlures graves sont toutes des exemples d'une urgence.

Preuve d'assurabilité - Avant de vous juger admissible à une assurance-vie ou à une couverture facultative en cas d'incapacité de longue durée, la compagnie d'assurances peut exiger que vous remplissiez un questionnaire médical afin de s'assurer que vous êtes en bonne santé. Selon les renseignements que vous fournissez, il est possible qu'on vous demande davantage de renseignements d'ordre médical. Si on exige que vous subissiez un examen médical, vous devez acquitter vos propres dépenses.

Assurance-vie de base :

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité si vous désirez une couverture supérieure à 600 000 \$.

Assurance-vie facultative de l'employé :

- Lorsque vous devenez admissible à une assurance-vie facultative pour la première fois, vous devez présenter une preuve d'assurabilité si vous désirez une couverture supérieure à 3 fois votre salaire annuel chez Nortel ou à 1 million de dollars, le moindre de ces montants étant à retenir.
- Vous devez également présenter une preuve d'assurabilité si vous désirez augmenter votre couverture pendant la *période d'inscription annuelle*, à moins qu'un *événement admissible* ne survienne dans votre vie. S'il survient un événement admissible, vous ne devez présenter une preuve d'admissibilité que pour une augmentation de plus d'un échelon ou pour un montant total équivalant à plus de 3 fois votre salaire annuel chez Nortel ou à 1 million de dollars, le moindre de ces montants étant à retenir.

Assurance-vie des personnes à charge :

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour votre *conjoint* si vous désirez une couverture dont le montant total est supérieur à 50 000 \$. Cette limite est en vigueur lorsque vous êtes admissible à cette couverture pour la première fois, lorsque vous demandez son augmentation pendant la période d'inscription annuelle ou lorsqu'un événement admissible survient dans votre vie.

Il n'est pas nécessaire de présenter une preuve d'assurabilité pour assurer vos enfants.

Assurance facultative en cas d'incapacité de longue durée :

Vous devez également présenter une preuve d'assurabilité si vous choisissez une couverture facultative en cas d'incapacité de longue durée pendant la période d'inscription annuelle si vous n'avez pas souscrit une telle assurance en 2004.

Régime d'avantages sociaux à la carte – Programme d'avantages établi par la Société qui offre des couvertures de base et des couvertures facultatives.

Crédits - Contribution fournie par la Société et destinée à aider les employés à acheter une couverture facultative.

À l'heure actuelle, chaque employé obtient des crédits correspondant à 0,39 % de son salaire annuel qui peuvent être utilisés afin d'acheter une couverture facultative ou déposés dans un compte de remboursement des soins de santé ou qui peuvent lui être versés comme rémunération imposable. Les employés peuvent obtenir des crédits de santé supplémentaires s'ils renoncent à l'assurance médicale ou à l'assurance dentaire, soins de la vue ou de l'ouïe, choisissent le régime de base de personne à charge ou choisissent le régime complet «pour vous seulement».

Salaire - Votre salaire de base annuel chez Nortel. Si vous êtes admissible aux primes d'intéressement, votre salaire comprend votre salaire de base et les primes d'intéressement cibles définies chaque année par la Société.

Pour un employé à temps partiel, les crédits et les coûts sont fonction d'une semaine de travail de 25 heures. Le paiement des avantages relatifs au salaire (assurance-vie, assurance-décès et mutilation accidentels, assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée) est effectué selon le salaire réel.

Si vous vous inscrivez :	Votre salaire représente votre salaire de base à partir :
<ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'inscription annuelle ou en raison d'un événement admissible 	<ul style="list-style-type: none"> • du 24 septembre 2004
<ul style="list-style-type: none"> • comme nouvel employé 	<ul style="list-style-type: none"> • de la date de votre embauche
<ul style="list-style-type: none"> • de temps partiel au temps plein ou vice versa 	<ul style="list-style-type: none"> • de la date d'entrée en vigueur de votre événement admissible

Le salaire n'inclut pas :

- les primes d'heures supplémentaires;
- les primes de poste;
- les indemnités d'affectation;
- les primes supplémentaires.

Médicaments génériques - Médicament sur ordonnance vendu sous son nom chimique. Les médicaments génériques sont généralement vendus à un prix inférieur à celui des médicaments brevetés.

Compte de remboursement des soins de santé (CRSS) - Un compte auquel sont affectés, avant impôts, les crédits du Régime d'avantages sociaux à la carte fournis par la Société que vous pouvez utiliser pour vous faire rembourser vos frais médicaux. Si vous habitez au Québec, les montants remboursés sont toutefois assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.

Médicaments essentiels au maintien de la vie - tout médicament délivré sur ordonnance ou en vente libre et compris dans les catégories suivantes du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* : bronchodilatateurs, agents antiparkinsoniens, agents antihyperlipidémiques, traitement de l'hyperthyroïdisme, agents parasymphomimétiques, traitement de la tuberculose, préparations anticholinergiques, agents antiarythmiques, préparations d'insuline, inhibiteurs oraux de la fibrinolyse, traitement de la recharge en potassium et agents topiques de débridement enzymatique.

Médicalement nécessaire - Accepté et reconnu de façon générale par les médecins canadiens comme efficace, approprié et essentiel au traitement d'une maladie ou d'une blessure, conformément aux normes médicales canadiennes.

Avantages sociaux à la carte facultatifs - Avantage que vous pouvez choisir d'acheter chaque année dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte en vue d'améliorer votre couverture de base, y compris :

- l'assurance-incapacité de courte durée;
- l'assurance-incapacité de longue durée;
- l'assurance-décès et mutilation accidentels;
- l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe facultatives;
- l'assurance-vie facultative.

Contribution maximale - Contribution maximale que vous avez à déboursier chaque année pour des médicaments sur ordonnance couverts. Vos franchises et la partie des dépenses liées aux médicaments admissibles que vous payez peuvent être comptabilisées par rapport à la contribution maximale. Tout montant au-delà des limites raisonnables et habituelles, les frais d'exécution d'ordonnance maximaux et les médicaments non couverts par le régime ne sont pas comptabilisés par rapport à la contribution maximale. Lorsque vous avez atteint la contribution maximale, le régime paie la totalité des coûts liés aux médicaments couverts pour le reste de l'année civile, jusqu'à la limite maximale des prestations du régime. (Au Québec, il n'y a aucune contribution maximale pour les médicaments énumérés sur le formulaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec [RAMQ].)

Administrateur du régime - Entreprise qui gère le paiement des demandes de règlement au nom de Nortel.

Autorisation préalable - Procédé qui exige l'examen et l'approbation préalable de certains médicaments avant de faire une demande de règlement dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte.

Régime d'assurance-maladie provincial - Assurance-maladie offerte par la province. Ce régime d'assurance varie d'une province à l'autre, mais couvre généralement les frais d'hospitalisation en salle commune, les soins prodigués par des médecins et des spécialistes de même que les actes et les services liés au diagnostic.

Raisonné et habituel - Frais liés à une dépense couverte dans le cadre du régime de soins médicaux, qui représentent les frais habituels exigés par un médecin pour un service semblable et qui ne dépassent pas les frais habituels exigés par la plupart des fournisseurs dans la région où le service a été rendu.

Votre conjoint - C'est-à-dire la personne avec qui vous êtes marié ou engagé dans une union civile (résidents du Québec seulement) ou une personne célibataire, de sexe opposé ou de même sexe qui :

- n'a pas avec vous des liens de parenté qui interdiraient un mariage;
- est âgée de 18 ans ou plus;
- partage la responsabilité de votre subsistance et de votre bien-être;
- vit maritalement avec vous depuis au moins 12 mois consécutifs;
- est couverte par un régime d'assurance-maladie provincial ou un régime équivalent.

Événement admissible - On entend par «événement admissible» un changement dans votre situation personnelle qui a une incidence sur la couverture dont vous avez besoin et qui vous donne le droit de modifier vos choix dans les 31 jours qui suivent ce changement, en dehors de la période d'inscription annuelle. Les événements admissibles comprennent, entre autres, ce qui suit :

- mariage ou union civile (résidents du Québec seulement) ou cohabitation depuis 12 mois sans interruption avec un conjoint de fait, de même sexe ou de sexe opposé;
- divorce ou dissolution d'une union civile (résidents du Québec seulement) séparation légale ou rupture de l'union de fait;
- naissance, adoption ou changement dans la garde d'un enfant à charge;
- perte d'emploi, nouvel emploi ou changement de statut d'emploi de votre conjoint ayant une incidence sur la couverture;
- changement pour ce qui est de l'admissibilité d'un enfant en tant que personne à charge;
- décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

Médicaments de catégorie 1 - Médicaments essentiels au maintien de la vie ou jugés médicalement nécessaires qui portent un code d'identification numérique de la drogue (DIN), qui ne peuvent être obtenus qu'à l'aide d'une ordonnance et qui sont liés à une maladie ou à une blessure. Le remboursement des médicaments appartenant à cette catégorie n'est généralement pas plafonné. Il existe toutefois un plafond viager pour l'ensemble des soins médicaux, y compris les médicaments sur ordonnance. Au Québec, cependant, le remboursement des médicaments figurant sur le formulaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) n'est pas plafonné.

Médicaments de catégorie 2 - Il s'agit de médicaments thérapeutiques, qui portent un code DIN, sont délivrés sur ordonnance et ne sont pas destinés au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces médicaments sont généralement médicalement nécessaires pour améliorer la qualité de vie. Les médicaments de catégorie 2 sont caractérisés par certains plafonds de remboursement. Pour certaines catégories de médicaments thérapeutiques, il faut obtenir une autorisation préalable en vue de démontrer que les médicaments sont nécessaires d'un point de vue médical.

Répertoire des ressources

	Numéro de téléphone :	Adresse site Web
Outil d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte		https://eflex.us.nortel.com:49185
Mot de passe NorPASS	NT4-HELP RCE 684 -4357 1-800-684-4357	http://norpass.ca.nortel.com
@votreservice		http://services-canada.ca.nortel.com
Services au personnel à l'échelle mondiale	RCE 352 -4636 919-992-4636 1 800 676-4636 (sans frais) Télécopie 919 905-9303 ou RCE 355-9303	Adresse électronique : Interne : GES, Amérique du Nord External: gesna@nortelnetworks.com
Assurance-incapacité de courte durée		
Medcan Health Management Inc.	1-888-522-7368	Général - www.medcan.com Demandes de règlement - https://secure.medcan.com/login.asp
Soins de santé, assurance-vie, assurance-décès et mutilation accidentels et assurance-incapacité de longue durée		
Financière Sun Life	1-800-229-7089	http://www.sunlife.com
Services de soins de la vue (PVS)	1-800-668-6444	
Assurance-automobile et assurance-habitation		
BELAIRdirect	Résidents de l'Ontario et du Québec : 1-866-423-5247 Toutes les autres provinces : 1-866- 845-4464	
Programme d'aide aux employés (PAE) et Services de travail-famille		
Family Guidance Group Inc.	1 888 859-5263 (anglais) 1 888 859-5256 (français)	www.fgiworldmembers.com nom d'utilisateur «nortel» et mot de passe «networks»
Agence du revenu du Canada		
		http://www.cra-arc.gc.ca